This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

SOCIÉTÉ LITTÉRAIRE
M. 79.
RENNES.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.

44e Année
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

REVUE
DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-CHIRURGICALE

ACCOMPAGNÉE

DE NOMBREUSES GRAVURES SUR BOIS INTERCALÉES DANS LE TEXTE

PUBLIÉE PAR

le Dr L. HAMON (de Fresnay).
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC.

1877

PARIS
10, RUE DES SAINTS-PÈRES, 10
1877

MAY 14

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES 44e Année

MAY 14 1909

N° 1. — 1er JANVIER 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Leçon de M. Bernutz.

Du vaginisme.

La singulière affection qui a reçu le nom de vaginisme a été décrite pour la première fois par Michon, qui en a rapporté onze cas. Ce n'est pas cet auteur, toutefois, qui lui a donné cette dénomination. Elle lui a été imposée par Sims (1).

Plusieurs éléments contribuent au développement de cette affection. Il faut, en effet, tenir compte d'une hypereshésie de la vulve, de la contraction des muscles qui contribuent à la former, et d'un névrosisme spécial, propre à certaines femmes plus du moins affectées d'hystérie.

Le vaginisme est, si l'on peut ainsi dire, avec ou sans matière, c'est-à-dire qu'il se développe sous l'influence de lésions appréciables, vu que, dans d'autres cas, au contraire, on n'en découvre aucune, ce qui porte alors à considérer les accidents comme d'une essence toute nerveuse.

Le plus communément, il faut le dire, le vaginisme provient de la déchirure de la membrane hyménéale.

Cette affection est presque toujours engendrée par un traumatisme en rapport avec les premiers rapprochements sexuels. La femme se prête mal à l'accomplissement d'un acte qui la frappe d'effroi. L'effort du pénis porte contre la fourchette. La rigidité du périnée lui ferme l'accès de l'axe vaginal, de sorte qu'au lieu de pénétrer dans le sens de ce même axe, il se creuse un infundibulum, contre lequel viennent échouer les plus vigoureuses tentatives. Ces tentatives n'ont pour effet que de déterminer un spasme de plus en plus prononcé du méat vulvaire.

Mal traité, le vaginisme est susceptible de s'éterniser. Les femmes qui en sont atteintes, du reste, sont peu disposées à recourir à l'assistance de l'art. L'approche de leur mari les fait entrer dans les transes les plus cruelles. L'idée seule du spéculum les frappe de terreur. Beaucoup préfèrent donc rester toute leur vie dans cet état que de se soumettre à des soins auxquels elles redoutent au plus haut point de se soumettre (2).

C'est pour porter remède à cette singulière affection, que les médecins Américains ont eu, les premiers, recours à un moyen non moins singulier. Ils donnent du chloroforme à leurs malades, qu'il

(1) Cette appellation, d'ailleurs, ne nous semble pas heureuse. Ce n'est nullement le vagin, mais le méat vulvaire, qui est le siége des phénomènes douloureux. En conséquence, il nous semblerait plus logique de faire choix d'une dénomination différente. Le nom de *vulvisme* serait, selon nous, plus convenable. Il aurait, en effet, pour avantage de mieux préciser le siége de l'affection.

(*Note de la rédaction.*)

(2) Nous avons connu une jeune et charmante femme qui, depuis dix ans, vivait platoniquement avec son mari. L'extrémité de l'auriculaire pouvait seule franchir, avec de cruelles souffrances, l'anneau vulvaire hyperesthésié. Il nous a été impossible de décider cette jeune femme à subir aucun traitement local. Le mari en a pris son parti, et cette diète congressive n'a altéré en rien, jusqu'ici, la sérénité de cette existence si peu conjugale.

(*Note de la rédaction*).

livrent à leurs maris, dès qu'elles sont plongées dans un sommeil anesthésique, qui rend plus ou moins facile l'accomplissement de l'acte génital.

Le diagnostic du vaginisme est facile à poser. Les femmes qui en sont atteintes s'épouvantent à la seule pensée d'une exploration. Une fois couchées sur le fauteuil à examen, elles se raidissent ; sous l'influence de l'action réflexe, le périnée se contracte, et la souffrance suffit parfois pour déterminer une syncope, dont l'homme de l'art doit profiter, pour pratiquer plus à fond l'exploration des organes génitaux.

Un examen attentif permet presque toujours de découvrir une petite plaie hyménéale, siége protopathique de l'affection. Quelquefois, aussi, on ne constate aucune lésion.

La cause déterminante du vaginisme, avons-nous dit, est presque toujours la conséquence des premières tentatives du coït. C'est pour cette raison qu'on ne saurait trop s'élever contre un usage adopté, depuis quelque temps, dans les classes aisées de la société. A peine mariée, une chaste jeune fille est enlevée par son mari, qui va brutalement, dans une chambre d'hôtel, lui arracher sa couronne virginale. Il m'arrive que trop souvent que la jeune épouse, aux premiers attentats dirigés contre sa pudeur, pousse des cris effrayants, qui mettent toute la maison en émoi. On conçoit très-bien qu'il suffise de ces violentes secousses morales pour donner lieu au développement du vaginisme.

Il est encore d'autres causes susceptibles de provoquer le développement de ces accidents hyperesthésiques. On les a vus se produire à la suite d'une vaginitée blennorrhagique. M. Depaul a cité un cas dans lequel ils ont été la conséquence d'une déchirure produite par le passage de la tête, au moment de l'accouchement. M. Bernutz en a également observé un cas à la suite d'un avortement.

Si, dans le vaginisme coïtal, l'homme de l'art était appelé dès le début de l'affection, son premier soin devrait être de conseiller la séparation immédiate des époux, durant quinze jours, trois semaines. Pendant ce temps, la malade serait condamnée à un repos absolu. Elle prendrait des bains, ferait des lotions belladonées, narcotiques, émollientes, saturnées. Elle serait, aussitôt que possible, l'objet d'un examen sérieux.

S'il existait une prolifération de la muqueuse, il serait bon d'en opérer l'ablation.

Si l'affection était sous la dépendance d'un eczéma, ce qui s'observe plus souvent qu'on ne serait porté à le croire, il faudrait traiter localement cette dermatose et administrer conjointement à l'intérieur les préparations arsénicales. Souvent, en effet, les récidives tiennent à un vice général, qu'il importe avant tout de détruire.

La même remarque est applicable au nervosisme, qui doit être combattu par la médication tonique et le bromure de potassium.

Frappé de l'analogie qui existe entre les accidents du vaginisme et ceux dépendant de la fissure anale avec ou sans fissure, (car, assez souvent, il n'existe aucune ulcération de la muqueuse), Michon avait proposé la dilatation forcée du méat vulvaire, effectuée soit avec les doigts, soit avec les valves du spéculum. Ce procédé n'a pas toujours suffi : de là l'idée de Sims, de recourir d'emblée à l'opération sanglante, intéressant la muqueuse et le constricteur du vagin. Un agent de dilatation était ensuite laissé en place pendant quinze jours. Il est arrivé à M. Tarnier d'opérer la section des muscles les uns après les autres.

Or, on a quelquefois vu échouer toutes ces tentatives. C'est que, nous le répétons, dans cette bizarre affection, le traitement local n'est pas le seul objectif de l'homme de l'art. Comme très-souvent le vaginisme est lié à l'hystérie, c'est contre cette dernière qu'il convient tout d'abord de diriger ses moyens. C'est donc, selon le conseil donné par Scanzoni, par le traitement préparatoire qu'il convient de préluder. L'organisme une fois bien disposé, une action locale fera plus aisément justice de l'éréthisme du méat vulvaire.

Dr Ch. Bertrand.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Tumeur fongueuse suppurée du genou. — Résection des extrémités articulaires.

Le malade, âgé de trente ans, d'une assez bonne constitution apparente, est atteint, depuis deux ans, d'une tumeur blanche du genou gauche. Il a été traité deux fois par l'appareil silicaté. Le second appareil, posé il y a deux mois, n'a exercé sur la marche du mal aucune influence favorable. Les douleurs sont devenues tellement violentes, que le malade a supplié M. Gosselin de le débarrasser d'un organe qu'il ne pouvait plus conserver. En présence d'une arthrite fongueuse suppurée, l'éminent chirurgien a senti la nécessité d'accéder au désir de ce pauvre jeune homme. Mais, au lieu de lui couper la cuisse, il a pris le parti d'opérer la résection du genou. Ce procédé, qui constitue une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne, permet de conserver au malade un membre pouvant encore lui rendre de grands services. Malgré le défaut de l'articulation fémoro-tibiale, malgré une certaine diminution de longueur, en rapport avec l'étendue des deux tronçons osseux réséqués, la marche, en effet, est encore possible. Une mauvaise jambe, en pareil cas, rend encore plus de services qu'une jambe de bois.

Voici de quelle façon l'opération a été pratiquée, le 27 juillet dernier.

Le malade plongé dans le sommeil anesthésique, M. Gosselin a pratiqué, de chaque côté de l'articulation malade, une incision d'une quinzaine de centimètres de longueur. Ces incisions ont été réunies par une troisième, transversale, passant au-dessous de la rotule. Cette triple incision figurait très-exactement une H majuscule.

Alors, M. Gosselin a pénétré à grands coups dans le sein de l'articulation, qui a été largement ouverte.

Par la dissection, la partie supérieure du tibia et du péroné a été dénudée dans une longueur de 0,04 environ. Dans ce premier temps de l'opération, de nombreuses artérioles ont été ouvertes. Au lieu de perdre du temps à pratiquer à mesure toutes ces ligatures, M. Gosselin s'est contenté de saisir les vaisseaux entre les mors des pinces hémostatiques, dont son armentarium chirurgical avait été pourvu en quantité suffisante.

Tous nos confrères, sans doute, ne connaissent pas ces précieux instruments introduits dans ces derniers temps dans la médecine opératoire, par MM. Péan et Kœberlé. Ils ressemblent un peu aux pinces à pansements, mais ils en diffèrent par deux particularités. Les mors terminaux, dentés, n'ont que 0,005 à 0,006 de longueur, sur un peu moins de largeur. L'extrémité digitale, faisant ressort, se fixe, près des anneaux, au moyen d'un cran d'arrêt. Ces pinces, très-légères, se placent très-aisément avec une grande rapidité et tiennent d'elles-mêmes. La lumière des vaisseaux ainsi oblitérée, le chirurgien continue son opération, sans se préoccuper davantage de l'hémorrhagie. Ce n'est qu'à un moment donné qu'on débarrasse la plaie de toutes les pinces qui ont été placées sur les artères, après avoir, au préalable, jeté une ligature en masse sur les parties saisies.

Ces pinces permettent aussi de lier avec facilité les orifices vasculaires à la suite de l'opération. Lorsque l'on voit sourdre le sang de telle ou telle partie de la plaie, on saisit cette même partie, qui fournit du sang, entre les mors de la pince. Le chirurgien abaisse un peu les anneaux, et engage le bout de l'index gauche, ou l'ongle, au-delà et au-dessous de l'extrémité du mors, pour faciliter à un aide le passage du fil à ligature qui, grâce à cette précaution, glisse de lui-même sur les tissus à étreindre.

Qu'on nous pardonne ces détails, peut-être un peu minutieux. S'ils peuvent paraître tels à un certain nombre de nos lecteurs, nous pensons qu'ils seront accueillis avec faveur par beaucoup d'autres qui, exerçant leur art loin des grands centres, ne sont pas bien au courant

d'une foule de détails bons à connaître, et des nombreux perfectionnements de la médecine opératoire moderne.

Les têtes osseuses une fois dénudées, M. Gosselin, fléchissant la jambe jusqu'à angle droit, a insinué, entre les os et les parties molles de la région poplitée, une mince planchette en bois, destinée à protéger ces derniers organes, et, au moyen d'une scie, il a pratiqué la résection, enlevant la partie supérieure du tibia et du péroné, dans une longueur de 0,03 environ.

La même opération a été pratiquée sur la région condylienne du fémur, qui a été dénudée de ses parties molles, puis réséquée sur la planchette, avec les mêmes précautions que ci-dessus.

Dans ce second temps de l'opération, de nombreuses artérioles ont été également saisies avec les pinces hémostatiques.

Une vingtaine de vaisseaux avaient été ainsi saisis. Tout en posant les ligatures définitives de fil ciré, M. Gosselin faisait remarquer l'inconvénient de la méthode d'Esmarch, qui, en tarissant la source du sang, empêche le chirurgien d'opérer sur-le-champ et sans hésitation la ligature de tous les vaisseaux divisés.

Pour prévenir la suppuration, dans les limites du possible, et débarrasser les parties molles des produits fongueux, M. Gosselin, avec des ciseaux droits, a opéré un large abrasement de ces tissus jaunâtres, dont elles étaient parsemées en abondance.

A de nombreuses reprises, cette vaste plaie avait été lavée avec de l'eau largement phéniquée. Les derniers lavages ont été effectués avec une solution à parties égales d'eau et d'acide phénique.

Avant de pratiquer la suture osseuse, les chefs des ligatures de fil ciré ont été réunis et laissés libres, les uns en dedans, les autres en dehors de la jambe, et on ne s'en est pas davantage préoccupé.

Restait à effectuer la suture métallique des os.

Voici de quelle façon M. Gosselin a procédé :

Pour frayer un passage au fil métallique, il s'est servi d'un petit instrument appelé *Perforatif*. Cet instrument est constitué par une aiguille large de 0,002 environ, terminée par deux angles coupants, faisant office de foret, et munie d'un chas à son extrémité libre. Cette aiguille est montée sur un manche amovible.

Pour que la perforation s'effectue avec facilité, il faut imprimer, à cette sorte de trépan, un mouvement rapide de rotation sur son axe. Dans ce but, un petit treuil a été disposé à la partie supérieure du manche, treuil qui est mû au moyen d'une manivelle que tourne l'opérateur.

Grâce à ce mécanisme, ce petit instrument permet de pratiquer en un clin d'œil une perforation osseuse.

Procédant d'abord du côté interne, M. Gosselin perfore obliquement le tibia puis le fémur, chacune des ouvertures d'entrée et de sortie étant située à 0,02, à peu près, de l'un et de l'autre rebord osseux. Après chacune de ces perforations, un fil métallique est engagé dans le chas de l'aiguille, replié sur lui-même, non loin de son extrémité, puis retiré. Les deux chefs, lâchement réunis, sont pour l'instant abandonnés, pendant que la même opération est pratiquée du côté opposé du membre.

Avant d'opérer la striction des deux anses métalliques, M. Gosselin fait un nouveau lavage de la plaie avec la solution phéniquée à parties égales, et s'assure si toutes les sources de l'hémorrhagie sont bien taries. Il découvre encore deux petits jets de sang en nappe, au voisinage du périoste du péroné. Il saisit les points qui donnent lieu à l'hémorrhagie avec les pinces hémostatiques, et opère, encore une fois, sur elles autant de ligatures en masse.

Se voyant enfin à l'abri de toute perte de sang, M. Gosselin serre tour à tour les deux anses métalliques, en en tordant fortement les chefs entre ses doigts.

Pour ce qui est des parties molles, le rapprochement en a été effectué aussi exactement que possible au moyen d'une douzaine de sutures métalliques, passées à l'aide d'une aiguille cannelée.

A la partie inférieure de chacune des

incisions verticales on a laissé une partie libre et sans suture, pour le passage des chefs des ligatures, et des extrémités des fils métalliques.

Dans ce dernier temps de l'opération, le malade était revenu à lui. On lui a fait prendre deux verres de vin, pour ranimer ses forces, épuisées plutôt par la longueur de l'opération que par l'hémorrhagie. Car, en somme, il a perdu très-peu de sang.

Un dernier temps, un des plus importants, était à effectuer. Nous voulons parler du pansement. Il a été bien simple. L'ouate à profusion, quelques bandes, un morceau de carton en ont fait tous les frais.

De véritables bandes d'ouate avaient été préparées. Larges d'une vingtaine de centimètres, ces bandes ont été appliquées à partir du pied jusqu'à la partie supérieure de la cuisse. Une couche, on peut dire énorme, de substance isolante a été posée sur la région opérée, descendant jusqu'au tiers inférieur de la jambe, et remontant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. Pour maintenir l'ouate, une bande roulée a été appliquée assez serrée sur la totalité de l'organe, traçant quelques huit de chiffre de la cuisse au bassin. Pour donner, enfin, une certaine fixité aux leviers osseux, une attelle de carton mouillé a été posée à la partie postérieure du membre, afin de prévenir sa flexion, attelle qui a été maintenue par de nouvelles doloires.

Ce pansement ainsi terminé, le malade a été reporté dans son lit.

Cette minutieuse opération n'avait pas duré moins d'une heure et demie.

Le 18 août, c'est-à-dire vingt-deux jours après l'opération, levée du premier appareil, qui n'est pas très-souillé de pu. La réunion par première intention des téguments cutanés est obtenue presque partout. Section et enlèvement des petits fils métalliques. Les sutures osseuses vont encore rester en place pendant quelques jours. Il s'est fait, à la partie supérieure interne, au-dessus de la ligne de section transversale, une collection peu abondante de pus, qui est évacuée par un coup de bistouri. Le membre est ensuite posé dans une longue gouttière métallique garnie d'ouate recouverte de taffetas gommé. Le pied, dévié en dedans, est ramené dans une bonne direction, et fixé à la gouttière par quelques doloires.

Pour ce qui est du pansement, on applique sur la partie une compresse fenestrée imprégnée de glycérine phéniquée, sur laquelle on dépose une forte proportion de charpie, imbibée de la même préparation. Le tout est recouvert de quelques compresses simples.

Pour bien maintenir le membre, on étend sur sa face antérieure un long coussinet auquel on adjoint une attelle, puis on fixe le tout par quatre sangles munies d'un ardillon, entourant la gouttière.

Sauf les éventualités qui doivent toujours entrer en ligne de compte, tout fait espérer que cette grave opération aura une issue favorable. Pour ce qui est de l'ankylose, résultat final à atteindre, il ne faut pas compter sur sa production avant cinq à six mois.

Nous sommes en demeure de donner aujourd'hui le complément de cette observation, dont nous avions cru devoir, à cet effet, différer la publication.

Il s'est développé, chez ce malade, des phénomènes de résorption purulente et d'hecticité, aux suites desquels il a succombé, deux mois après l'opération.

Dr ANGELOT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Étude chirurgicale sur la gastrotomie et la gastro-stomie;

par le Dr J. H. Pooley, professeur de chirurgie au Starling medical College, à Columbus (Ohio), 1876 (1).

GASTRO-STOMIE.

Nous arrivons actuellement à la seconde et à la plus difficile partie de notre sujet; c'est-à-dire à l'ouverture de l'estomac dans le but d'établir une fistule perma-

(1) Suite. Voir les numéros des 1er et 15 décembre 1876.

neste pour l'introduction des aliments, en cas d'obstruction complète de l'œsophage, opération exécutée pour la première fois, par Sédillot, à Strasbourg en 1849. Il lui donna le nom de gastrostomie ou bouche stomacale, tenue que nous proposons de faire entrer définitivement dans notre langage technique.

Que l'idée d'introduire directement dans l'estomac les aliments par une ouverture artificielle, lorsque les malades sont menacés de mourir de faim, par suite de l'obstruction complète de l'œsophage, se soit présentée aux chirurgiens, il n'y a rien d'étonnant à cela; c'était ce que l'on devait attendre de leur humanité et de leur hardiesse. Depuis la première tentative de Sédillot, l'opération a été faite un certain nombre de fois, mais sans succès jusqu'ici (1). Ce manque de succès est-il inhérent à l'opération et inévitable, et faut-il, en conséquence, abandonner l'opération? Ou bien, est-il dû à des circonstances qu'on aurait pu éviter dans les opérations exécutées, et faut-il, par suite, faire de nouvelles tentatives, en choisissant mieux les conditions? Nous nous efforcerons de répondre à ces questions par l'étude de l'opération faite de la même façon que celle de la gastrotomie pour l'extraction des corps étrangers.

De même que dans la première section nous nous sommes efforcé de démontrer comme préliminaires que les plaies de l'estomac ne sont pas nécessairement fatales, de même à présent nous allons établir le fait que la permanence de la vie humaine est compatible avec l'existence d'une fistule gastrique, sans tenir compte, pour le moment, du fait bien connu de la tolérance des fistules de cette espèce chez les animaux inférieurs; nous en ferons usage plus tard.

Ici les matériaux sont fort heureusement tout préparés et propres à être employés. Dans un excellent travail du Dr Charles Murchison, paru dans le XLIe volume des *Medico chirurgical Transactions*, on trouve un tableau de vingt-cinq cas de fistule gastrique, dans la plupart desquels la vie se prolongea pendant de nombreuses années; dans le cas d'Alexis Saint-Martin, l'existence se prolongea au-delà de trente-cinq ans.

Parmi les remarques finales du Dr Murchison, nous trouvons les suivantes : « Il est étonnant d'observer combien a peu d'influence, sur la santé générale, l'existence d'une fistule gastro-cutanée. On constate que dans les cas de fistule résultant d'une blessure ou d'un ulcère simple, les malades ont joui d'une excellente santé. Cette remarque s'applique au cas de Wencher; le sujet de cette observation était une femme qui vécut encore vingt-sept ans, et il en est de même dans le cas d'Alexis Saint-Martin. Dans celui de Catherine Ross (celui du docteur lui-même, qui vivait encore à la date de cet article, et qui avait cette fistule depuis plus de quatre ans), l'état de débilité générale doit être attribué au dérangement général du système nerveux, plutôt qu'aux effets de la fistule. »

Ayant ainsi démontré que l'existence d'une fistule gastrique n'est pas en elle-même incompatible avec la vie, nous suivrons la même marche que précédemment; nous citerons d'abord en détail quelques cas de gastro-stomie, puis nous discuterons l'opportunité de l'opération, les indications et le manuel opératoire.

J'ai réuni dix-huit cas (2), ce qui constitue, je crois, tout ce qui a été publié jusqu'à présent. Avant cette liste, le tableau le plus important était celui de Durham, qu'on peut voir dans la seconde édition de la chirurgie de Holmes (vol. II, p. 516).

Examinons maintenant brièvement l'histoire de quelques-uns de ces cas.

Le premier cas de Sédillot était chez un homme de cinquante-deux ans, ayant

(1) Cette publication est antérieure au succès du Dr Verneuil.

(2) Deux de ces cas sont tirés d'un article récent du Dr Jacobi sur ce sujet, paru dans le *New-York medical Journal*, publié depuis que ce mémoire avait été écrit, savoir en août et septembre 1874. Les cas ainsi ajoutés sont celui du docteur lui-même et celui de Van Thaden. Les trois derniers sont venus à ma connaissance depuis la publication du mémoire du Dr Jacobi.

un cancer épithélial de l'œsophage; des symptômes d'obstruction avaient paru depuis cinq mois et augmentaient rapidement en intensité; grande faiblesse, impossibilité absolue d'avaler, passage des bougies impossible. On avait employé des applications locales et des lavements nutritifs. L'opération entreprise à cette époque d'épuisement désespéré est décrite de la façon suivante : On administra le chloroforme (ce qui est défendu par différents auteurs) et une incision cruciale fut faite à la peau au-dessus du sommet du muscle droit antérieur. L'aponévrose et le muscle furent également coupés et le péritoine divisé : on mit ainsi à nu le grand épiploon, qu'on attira en bas; manœuvre qui mit en vue l'estomac. On attira près de la plaie la grande courbure, et la paroi antérieure fut ponctionnée au milieu de l'espace situé entre l'extrémité pilorique et l'extrémité cardiaque. On introduisit une canule de manière à maintenir en contact l'estomac et les parois abdominales et on la ferma à l'aide d'un bouchon. On fit des fomentations chaudes sur l'abdomen; on pratiqua, de temps en temps, des injections d'eau sucrée et de thé de bœuf; une bile verdâtre s'accumulait dans l'estomac et s'échappait lorsqu'on retirait le bouchon. Il n'y avait pas de douleurs, le malade dormait par moments. Le matin il survint de la dyspnée, la respiration s'accéléra, et la mort arriva quinze heures après l'opération. L'autopsie ne révéla que des signes légers et équivoques de péritonite.

Le second cas de Sédillot fut aussi un cas de maladie maligne de l'œsophage; il y avait depuis neuf mois une dysphagie excessive. On fit une longue incision sur le côté gauche à deux travers de doigt de la ligne médiane et deux centimètres au-dessous des fausses côtes, et une seconde incision perpendiculaire à la première, de manière à faire une incision cruciale. L'estomac fut saisi et fixé à la paroi abdominale par cinq ou six points de suture traversant ses tuniques péritonéale et musculaire; on remit l'ouverture de l'estomac, après l'adhérence de sa face externe avec la face interne de la paroi abdominale; on administra du chloroforme. Deux heures et un quart après l'opération, l'estomac fut séparé de ses connections par un accès de toux; on le ressaisit et on le fixa à la peau à l'aide des pinces d'Assalini.

La portion incluse se sphacéla, et lorsqu'on l'enleva, cinq jours après l'opération, l'estomac était ouvert; les adhérences étaient alors solides. On introduisit, par l'ouverture fistuleuse, du vin, du thé de bœuf, du lait, etc.; mais l'estomac ne pouvait rien conserver. Le malade mourut, dix jours après l'opération, d'épuisement et de péritonite.

Sédillot avait été le pionnier de cette opération; Cooper Forster, de Guy's Hospital, fut le premier à l'exécuter dans la Grande-Bretagne, sans avoir connaissance des cas du chirurgien français. Examinons actuellement les cas de Forster, qui sont également au nombre de deux. Sa première opération fut faite chez un homme de quarante-sept ans, atteint d'une affection maligne. Il opéra sans chloroforme de peur de provoquer des vomissements et fit une incision de deux pouces et demi à gauche de la ligne médiane, commençant un pouce ou plus au-dessous du cartilage des fausses côtes et s'étendant en bas sur une longueur d'environ trois pouces. L'orifice fait à l'estomac fut assez large pour admettre le petit doigt. On administra des œufs, du lait, du rhum, en petites quantités, toutes les demi-heures, par un tube élastique, pénétrant dans l'estomac par la plaie. Ces soins procurèrent un grand soulagement au malade, qui mourut toutefois d'épuisement quarante-quatre heures après l'opération.

Le second cas de M. Forster, un des plus instructifs et des plus importants qui aient été publiés, fut le suivant : « James G..., âgé de quatre ans et quatre mois, fut reçu à Guy's Hospital, le 2 février 1859, dans le service de M. Addison dans un état d'émaciation extrême.

Dix-sept semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait avalé un poison corrosif, que l'on suppose être une solution de potasse ou d'alcali caustique em-

pour le blanchissage du linge. Cet accident fut suivi des symptômes habituels de douleur et d'inflammation, et plus tard par un rétrécissement de l'œsophage, qui n'avait fait qu'empirer jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Il se plaignait alors de douleurs dans la gorge et dans la région épigastrique. Il avait avalé une certaine quantité de thé de bœuf deux jours auparavant, mais il n'avait pu rien prendre depuis, bien qu'il fît tout son possible pour déglutir quelque chose et vaincre l'obstacle qui existait réellement. On ne put rien voir en regardant dans la gorge. Différentes tentatives furent faites en vain pour calmer ses souffrances jusqu'au 13 février, onze jours après son admission, lorsque M. Forster, qui aurait désiré agir plus tôt, fit l'opération de la manière suivante : Le chloroforme fut administré et une incision, longue d'environ deux pouces, fut pratiquée le long du bord externe du muscle droit, dans la région de l'hypochondre gauche, commençant au cartilage et en face de l'intervalle de la septième et la huitième côte. Les muscles et les aponévroses furent incisés avec précaution, et différents vaisseaux qui saignaient très-abondamment furent liés; le péritoine étant alors visible, on l'incisa sur un conducteur. On vit aussitôt des anses intestinales, mais on les écarta et deux doigts passés pénétrèrent jusqu'au diaphragme pour rechercher l'extrémité œsophagienne de l'estomac. Cette partie de l'opération présenta quelques difficultés, mais enfin, l'estomac fut saisi; on le reconnut facilement à son aspect épais et à la sensation veloutée qu'il produisait; en outre, comme c'était la grande courbure qu'on avait sous les yeux, les vaisseaux qui s'y trouvent et la grande portion dépendante de l'épiploon servirent à le reconnaître. On en fit immédiatement l'ouverture, mais on fut obligé de lier les deux extrémités d'un vaisseau qu'on avait coupé, parce qu'il saignait abondamment. Les bords de la plaie furent alors fixés aux parois abdominales par une suture non interrompue et le reste de la plaie abdominale fermé de la même façon.

Après l'opération, on le nourrit au moyen d'un tube; jour et nuit il prenait de la nourriture toutes les heures, à moins qu'il ne fût endormi.

L'enfant paraissait très-soulagé par cette opération faite le dimanche, et il alla bien jusqu'au mercredi. Vers 10 heures du matin environ, il se plaignit tout à coup d'une grande douleur dans l'abdomen, après avoir pris de la nourriture. Il tomba dans le collapsus, devint froid, ses yeux s'excavèrent, le pouls devint presque imperceptible; le coma survint et il mourut à deux heures du soir.

A l'autopsie on vit que quelques sutures avaient cédé et qu'une péritonite générale en avait été la conséquence. Il y avait à peine quelques adhérences entre l'estomac et l'abdomen. J'omets les autres détails.

(*A suivre.*)

Note pour l'appréciation physiologique et thérapeutique de l'amylnitrit (1). *Zur physiologischen und therapeutischen Würdigung des Amylnitrits, von Dr R. Pick.*

On sait que l'inhalation de quelques gouttes d'amylnitrit produit chez l'homme une rougeur intense de la peau, surtout de la moitié supérieure du corps. Cette rougeur provient de la dilatation des vaisseaux; en même temps, il y a augmentation de la pression sanguine et précipitation de l'activité du cœur. Elle est plus intense à la tête et au cou, où elle se montre une demi-minute après l'inhalation; de là, elle descend vers la poitrine où, avant de devenir diffuse, elle apparaît tout d'abord en forme de taches; enfin, elle s'étend sur l'abdomen jusqu'à la région inguinale en dessins marbrés.

Les vaisseaux du péritoine et des intes-

(1) L'amylnitrit est un liquide jaunâtre, à odeur pénétrante. On l'obtient par la distillation de l'acide azotique avec l'alcool amylique, ou encore en faisant passer dans ce dernier des vapeurs d'acide azotique.

tins prennent part aussi à la dilatation, ainsi qu'il ressort des expériences faites sur des lapins, auxquels, le péritoine étant mis à nu, on a fait respirer de l'amylnitrit. La présence du sucre dans l'urine prouve qu'il en est de même des vaisseaux du foie (*Hoffmann*).

L'amylnitrit n'agit pas par l'intermédiaire du centre vaso-moteur, mais il produit une paralysie périphérique des parois vasculaires. Cette paralysie n'atteint pas les ramifications extrêmes des nerfs vaso-moteurs, mais les fibres musculaires lisses, renfermées dans les parois des petites artères (*Pick*, *Bruntow*). Il est, en effet, prouvé que l'amylnitrit paralyse non-seulement les fibres musculaires striées, mais aussi les fibres lisses. (*Expériences de Pick sur les cellules fibrineuses contractiles de la sangsue.*)

L'amylnitrit montre son action spécifique après des doses très-petites. L'inhalation d'une seule goutte suffit pour produire sur le visage une rougeur pareille à celle de la scarlatine. A un adulte on peut, sans crainte d'accidents fâcheux, en faire inhaler cinq gouttes. Avec des doses plus fortes on a parfois observé un état semblable à la syncope (*Sander*, *Samuelson*).

On a proposé divers modes d'administration de ce médicament : on peut en verser quelques gouttes sur un peu de ouate, ou encore, en tenant le flacon même sous le nez, on fait faire 4 ou 5 inspirations profondes. Dans les cas où il est nécessaire d'obtenir de prompts effets du médicament (*aura epileptica*) et afin d'éviter l'inhalation d'une trop grande dose, on peut recourir aux moyens suivants :

Strassburg conseille de mettre de la ouate sèche dans un flacon, d'y verser la quantité à employer et de boucher à l'émeri et avec de la paraffine. *Solger* en remplit, avec 3 à 5 gouttes, des tubes à vaccine dont il fond les extrémités par fusion. En cas de besoin, on casse le tube dans un morceau de linge qu'on tient devant le nez. *Pick* recommande de petits flacons en forme de ceux qu'on emploie dans la parfumerie pour les sels volatils.

De nombreuses expériences prouvent la valeur thérapeutique de l'amylnitrit. Il s'est montré surtout efficace dans l'aura de l'épilepsie pour prévenir les accès (à employer à l'apparition des premiers symptômes précurseurs), dans les accès de vertige avec pâleur de la face, les syncopes ; mais, c'est dans l'hémicranie spastique, avec symptômes anémiques, que son efficacité a été le plus souvent constatée. On en a eu aussi de bons effets dans la colique de la menstruation chez les chlorotiques.

Dr Smith (de Moscou).

Un cas fort singulier d'empoisonnement, par l'usage externe du sulfate de cuivre.

Il y a peu de jours, j'étais appelé, de grand matin, auprès d'un enfant de cinq ou six ans, qui, après une nuit des plus agitées, semblait sur le point d'expirer. Je le trouvai, en effet, à peu près sans pouls et sans chaleur vitale. Il avait vomi à plusieurs reprises, et des évacuations alvines, également très-fréquentes, l'avaient profondément débilité ; si bien que son visage avait un aspect cadavéreux, tant il était pâle et altéré. Il y avait, en outre, une sorte d'état comateux. Seule, la respiration ne paraissait pas laborieuse. Les parents, minutieusement questionnés sur le régime alimentaire auquel ils avaient soumis leur enfant dans la journée précédente, ne me fournirent aucun renseignement propre à expliquer le trouble grave survenu dans les fonctions digestives. Mais bientôt, je pus être fixé à cet égard. En jetant un coup d'œil sur la tête du jeune malade, je remarquai qu'elle était fortement saupoudrée de sulfate de cuivre. J'appris alors que, d'après le conseil d'une bonne femme du voisinage, la mère du pauvre malade, dans le but de supprimer le suintement abondant qui, depuis un certain temps, se produisait chez lui, par suite d'un large *impétigo* du cuir chevelu, avait couvert les

surfaces affectées d'une couche épaisse de sulfate de cuivre assez finement pulvérisé. De là donc absorption de ce sel vénéneux et, par suite, symptômes graves d'empoisonnement.

Mon premier soin, comme cela va sans dire, fut de faire bien laver et nettoyer le cuir chevelu, de rétablir la chaleur vitale, d'opposer de légers sinapismes au coma, de chercher à relever les forces par du bon bouillon, du lait et une potion tonique en même temps qu'antispasmodique. Grâce à ces moyens, il me fut permis d'obtenir, en peu d'heures, une amélioration sensible et, au bout de quelques jours, le rétablissement du jeune malade était complet.

Voilà un des tristes effets des préjugés rustiques de nos ignares clients. Dieu veuille que nous n'ayons plus à en constater de semblables !

Dr Léon Nolé.

OBSTÉTRIQUE.

L'incitateur cervical hydrostatique de l'auteur. — Ses applications à la pratique obstétricale (1).

1er Fait. — *Hémorrhagie des plus abondantes, occasionnée par une présentation du placenta. — Absence de toute douleur. — Application du ballon hydrostatique de l'auteur. — Établissement immédiat du travail. — Présentation thoraco-brachiale. — Extraction, par la version, d'un enfant privé de vie. — Rétablissement rapide de la mère.*

Le fait suivant démontre, encore une fois, la sûreté d'action du dilatateur hydrostatique, au point de vue de la provocation des douleurs et du prompt établissement du travail de la parturition. Il justifie, en outre, la réserve que, plus d'une fois déjà, j'ai cru devoir établir au point de vue de la solution de l'une des plus redoutables complications puerpérales. L'enfant a été foudroyé, en ma présence, par le fait de la violence de l'hémorrhagie, sans qu'il m'ait été possible de rien tenter pour lui sauver la vie. A ce double point de vue, ainsi qu'à plusieurs autres, cette observation est si pleine d'enseignements, que je crois devoir en donner la relation un peu détaillée.

Mme X..., âgée de vingt-quatre ans, secondipare, peut être considérée comme un cas type d'aglobulie. A l'état normal, la pâleur de son teint est des plus caractéristiques.

Le 23 août dernier, au terme de sept mois de gestation, elle fut prise inopinément d'une perte de sang, pour la répression de laquelle elle fit appeler une sage-femme très-intelligente, Mme Béringué, qui lui fit garder le lit pendant huit jours. Le 1er octobre, seconde hémorrhagie. Même conseil, consciencieusement suivi. Mme X... était encore au lit, lorsque, le 9 octobre, à 4 heures du soir, se déclara une troisième perte de sang, qui prit des proportions d'autant plus effrayantes, que la malade est plongée dans un état d'anémie peu fait pour rassurer.

Mme Béringué fait des applications froides sur l'hypogastre et la partie supérieure des cuisses, et m'envoie demander en grande hâte.

J'arrive presque aussitôt, et trouve la malade baignant, à la lettre, dans une mare de sang. J'estime à la capacité d'une pleine cuvette les proportions énormes du liquide répandu. La malade, pâle comme une morte, sent qu'elle perd ses esprits, et est plongée dans un état syncopal voisin de la mort. Allant au plus pressé, je lui projette vivement de l'eau froide à la figure. J'ai ainsi le bonheur de la rappeler à la vie. Alors, sans perdre un instant, j'explore les organes sexuels.

Col très-épais, indilatable, ouvert de 0,02. Absence de toute douleur. L'orifice est complétement obstrué par le placenta.

Cet examen rapidement effectué, je procède aussitôt à l'application du dilatateur hydrostatique, dans lequel j'injecte deux pleins verres d'eau froide. A partir de ce moment, je le dis de suite, l'hémorrhagie a été définitivement suspendue. J'ai encore eu pendant une demi-heure à

(1) Suite. Voir les numéros du 15 novembre et du 1er décembre 1876.

lutter contre l'état syncopal, dont j'ai fini par avoir raison, par la position déclive de la tête, l'élévation du bassin, la projection d'eau froide au visage, et l'ingestion de divers liquides alcooliques.

A peine appliqué, le ballon hydrostatique a provoqué quelques douleurs, qui se sont accentuées de plus en plus.

Ces premiers soins donnés, je me préoccupai de la vie de l'enfant. Je constatai, à 0m 025 au-dessous de l'ombilic, les doubles bruits fœtaux qui, par leur siége, me portèrent aussitôt à croire à une présentation défavorable. Quelques instants après, sur les 5 heures environ, une nouvelle exploration stéthoscopique ne me fournit plus que des données négatives. J'inclinai à croire que l'enfant avait dû être foudroyé par la violence même de l'hémorrhagie.

Cependant les douleurs devenaient de plus en plus intenses. A 5 heures 1/2, sous l'influence d'une contraction énergique, le ballon fut expulsé en bloc. Profitant de cette circonstance pour pratiquer le toucher, je trouvai que la dilatation avait atteint 6m 03, et que la dilatabilité de l'orifice s'était sensiblement accrue. Je relevai également le mode précis de présentation du placenta, qui occupait la totalité de l'orifice. Pratiqué au travers du délivre, le toucher ne me permit de reconnaître la présence d'aucun organe fœtal.

Pour accélérer le travail, je m'efforçai, durant une douleur, de pénétrer au travers du placenta avec le doigt.

Je n'y pus parvenir ; mais cette manœuvre eut pour effet de décoller le limbe droit de l'arrière-faix, et de rendre les membranes accessibles, aux confins de ce même limbe, dans l'aire droite de l'orifice cervical. Je me fis donner une longue aiguille à tricoter, dont je conduisis la pointe le long de l'index, servant de conducteur, et m'en servis, au moment d'une douleur, pour opérer la rupture de la poche des eaux. Avant de retirer l'aiguille, je l'utilisai de mon mieux, de concert avec le doigt, pour élargir la déchirure membraneuse.

Un flot de liquide s'étant écoulé, j'espérai qu'un prompt engagement allait se produire. Il n'en fut rien. La partie fœtale qui se présentait était si haut placée, qu'il m'eût été impossible de me prononcer sur sa nature. Je remis le dilatateur, et le gonflai de nouveau avec deux verres d'eau froide. Réveil des douleurs ; nouvelle expulsion violente du ballon.

Au lieu de deux verres, j'en injectai trois, avec l'espoir que, sous un tel volume, l'ampoule ne pourrait être chassée hors de la vulve. Il n'en fut rien, et, à plusieurs reprises, le même effet se reproduisit.

J'insiste fortement sur ce fait digne de remarque : chaque fois que le dilatateur a été remis en place, il a réveillé aussitôt d'énergiques contractions. A peine expulsé, ces mêmes contractions ont cessé de se reproduire. C'est là, je le répète, un fait très-caractéristique, dont il convient de tenir grand compte dans l'appréciation des effets de l'incitateur hydrostatique.

A 6 heures 1/2, je relève enfin un organe en présentation. Constatant au détroit supérieur un interstice, je crois qu'il s'agit du sillon inter-fessier. J'engage Mme Béringué à s'assurer par elle-même si nous n'étions pas en présence d'une présentation du siége. L'intelligente sage-femme ne voulut pas me contredire, mais il ne me fut pas difficile de m'apercevoir que cette manière de voir n'était pas la sienne. Je touchai de nouveau avec plus d'attention, et je pus me convaincre du bien-fondé de ses réserves.

Il pouvait bien s'agir des deux portions d'un membre fléchi, d'un tronçon de membre accolé aux thorax, au pelvis, que sais-je? Mais, assurément, nous n'étions pas en présence d'une présentation du siége. En explorant attentivement l'organe, je ne tardai pas à reconnaître les côtes. Mais les parties fœtales étaient si élevées, l'orifice était si peu perméable et tellement obstrué par le placenta, qu'il était bien difficile de se rendre un compte exact de la position.

Le ballon retiré, les douleurs s'étaient de nouveau éteintes ; le travail, partant, s'était arrêté. Je remis l'appareil en place. Les contractions se réveillèrent aussitôt

et produisirent leur effet accoutumé : l'expulsion du ballon, malgré ma précaution de tenter de le retenir dans les organes, en obstruant à pleine main l'orifice vulvaire.

Après deux ou trois nouvelles tentatives, de tous points semblables, j'avais obtenu le résultat si vivement souhaité. Ces douleurs énergiques avaient produit un effacement du col suffisant pour rendre possible une intervention définitive.

A sept heures moins un quart je pus reconnaître : en arrière, les côtes et le scapulum ; en avant, une articulation (sans doute celle du coude), puis un petit organe (la main ou le pied).

La dilatation étant suffisante pour me permettre, sans coup férir, de terminer l'accouchement, je pris le parti d'en finir, sans de nouveaux délais.

Et d'abord : quel était l'organe en présentation? Était-ce un bras? était-ce une jambe?

J'avais une manière bien simple d'éclairer la question. Il ne s'agissait que d'extraire tel que l'organe qui se présentait sous ma main. Si c'était un pied, tout était pour le mieux. Mais, si c'était une main? Cela m'importait fort peu. L'organe retiré, la manœuvre de l'extraction n'en devait être que plus facile, les difficultés que présente le dégagement ultime du bras se trouvant ainsi évitées.

La malade étant mise en travers de son lit, avec toutes les précautions possibles pour prévenir une syncope, je m'agenouillai sur un tapis, et me mis en demeure de pratiquer, soit l'évolution podalique, soit plutôt, selon toute apparence, la grande version.

Je saisis le petit membre à ma portée, et l'attirai au dehors. Je l'avais bien présumé : c'était un bras; le gauche. La face palmaire de la main était dirigée en avant et à droite.

L'indication était précise. Pour arriver sans coup férir sur les membres pelviens, il fallait faire choix de la main répondant au plan antérieur de l'enfant. Ici, c'était la gauche.

A défaut de saindoux, je me fis donner du beurre frais, avec lequel j'enduisis largement la face dorsale de ma main gauche et l'avant-bras dans sa totalité. Je mis un genou en terre, et je pénétrai doucement, avec lenteur et précaution, au sein de l'organe gestateur, jusqu'à ce que mes doigts vinssent à toucher le fond même de l'utérus. Alors seulement je me mis en quête de l'un des membres pelviens. Ayant trouvé un jarret quelconque, je l'accrochai et ne tardai pas à l'attirer au dehors.

Tout alla bien jusqu'à la tête. La dilatation de l'orifice cervical n'était pas complète. Bien qu'ayant engagé un doigt dans la bouche, pour opérer la flexion, j'éprouvai une grande difficulté à entraîner l'organe au travers d'une bride cervicale inextensible, et d'une trop grande épaisseur pour que je songeasse à en pratiquer le débridement.

Pour triompher, sans perdre de temps, de ce dernier obstacle, je me fis donner mon nouveau levier (cet instrument n'est qu'une profonde cuiller de rétroceps, terminée par une tige située dans le prolongement de son grand axe) : je l'insinuai en arrière de la tête, et opérai de douces tractions, en même temps que Mme Béringué s'efforçait, par une douce pression, de remonter la bride cervicale antérieure. Cette manœuvre combinée eut le plus heureux résultat. L'extraction fut bientôt obtenue, sans la moindre déchirure de l'orifice cervical.

L'enfant, malheureusement, avait perdu la vie, et la pâleur des téguments ne nous en révéla que trop la véritable cause.

La délivrance ne présenta rien de particulier.

En examinant le délivre, nous constatâmes, sur l'un de ses bords, une surface large comme la main, recouverte de nombreux caillots noirs d'un petit volume. L'étendue de ce décollement suffisait pour rendre compte de la grande quantité de sang répandu en un aussi court laps de temps.

Pour en finir avec cette intéressante malade, je n'ai rien à ajouter, sinon que nulle complication n'est venue marquer le cours de la convalescence, et que le

rétablissement a été aussi complet que rapide.

Cette observation, si pleine d'intérêt, m'a entraîné un peu au-delà des limites que je m'étais tout d'abord assignées. J'ose espérer, néanmoins, que mes lecteurs seront d'autant plus portés à l'indulgence à mon égard que, au point de vue qui nous occupe en ce moment, le fait que je viens de rapporter est particulièrement probant. Non-seulement il met en relief la puissante vertu hémostatique du ballon hydrostatique, dans les cas de présentation du délivre, mais encore il établit, de la façon la plus convaincante, l'efficacité de ses effets, pour ce qui a trait à l'incitation du travail.

Ainsi, voici une malade qui perd du sang à flots, et qui ne ressent aucune douleur. A peine en place, non-seulement le ballon apporte une digue infranchissable à l'hémorrhagie, mais encore il éveille les douleurs, et détermine des contractions qui ne tardent pas à devenir assez énergiques pour déterminer, à plusieurs reprises, l'expulsion en bloc d'une ampoule dont le volume se mesure par deux et trois grands verres d'eau, sans compter l'air introduit au cours de l'injection effectuée sans aucune précaution. Le ballon est retiré à vide ou expulsé tout gonflé à douze ou quinze reprises : aussitôt les douleurs s'éteignent, pour reprendre avec une intensité nouvelle aussitôt que l'appareil est remis en place.

(*A suivre.*)

Dr Hamon.

PHARMACOLOGIE.

Préparation du coton picrique.

— Par P. Vigier, pharmacien à Paris (1).

Monsieur le docteur Curie m'ayant prié de préparer la ouate qui a servi à ses expériences, je vous en présente aujourd'hui des échantillons et je vais vous en indiquer le mode de préparation et les dose employées.

L'acide picrique ou trinitrophénique, ou encore phénol trinitré, est, comme vous le savez, un corps qui se forme par l'action de l'acide nitrique sur le phénol et ses dérivés, sur l'indigo, la poix, l'aloès, etc.

On le prépare généralement en faisant bouillir le phénol avec l'acide nitrique concentré, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de vapeurs rutilantes. On concentre alors, on isole les cristaux formés, on les dissout dans l'ammoniaque, on fait recristalliser le sel ammoniacal et on le décompose par l'acide nitrique concentré. L'acide picrique étant peu soluble se dépose en cristaux jaunes et lamelleux. Il est d'une saveur extrêmement amère. Il se dissout dans 160 parties d'eau à 5° et dans 84 parties d'eau à 20°. L'eau bouillante en dissout bien davantage. Il est très-soluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, le toluène, etc.

Il teint fortement les matières textiles en jaune clair. Les teinturiers lyonnais en font un usage considérable pour la teinture de la soie. L'acide picrique forme avec les bases des picrates qui sont jaunes ou orangés et font explosion par le choc et la chaleur.

Sa formule est :

$$C^{12}H^{3}(AZO^{4})^{3}O_{2}.$$

Ou, d'après la théorie atomique :

$$C^{6}H^{2}(AZO^{2})^{3}OH.$$

Le commerce le fournit à un état de pureté suffisant pour l'emploi thérapeutique et à un prix modéré.

Les essais de M. Curie ont été faits avec du coton préparé avec la solution alcoolique d'acide picrique. Tous les autres dissolvants peuvent être utilisés, ils ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients.

La solution aqueuse, qui est la moins coûteuse et la plus colorée, demande trop de temps et de soins pour que la dessiccation soit complète ; et, malgré tout, le coton est moins uniformément imprégné et moins moelleux.

La solution dans la benzine donne un

(1) Note lue à la société de thérapeutique.

coton fortement coloré, mais qui ne reprend pas son état ordinaire et reste plus affaissé. La dessiccation en est assez rapide.

La solution éthérée est celle qui donne les plus beaux produits. C'est à celle-là qu'il faudrait s'arrêter si l'on n'avait pas à considérer le prix de revient. Il est vrai que si cette ouate répondait, dans les hôpitaux, à l'espérance de son auteur, il serait bien facile de faire fabriquer des appareils spéciaux et de recueillir l'éther par la distillation.

J'ai pensé un moment au sulfure de carbone, dont le prix est moins élevé; mais ce liquide n'est pas un bon dissolvant de l'acide picrique, 100 grammes n'en dissolvent que 0 gr. 40 environ, ce qui m'a obligé à renoncer à son emploi.

L'acide picrique qui foisonne tant dans l'eau ne colore pas sensiblement le sulfure de carbone.

La solution alcoolique, dont je me suis servi, était titrée à 1 0/0 d'alcool à 94° et il en a fallu 25 grammes pour imbiber complétement une carde de 10 grammes. Celle-ci, une fois séchée contenait, vérification faite 0 gr. 25 d'acide picrique, ainsi que le calcul le faisait prévoir.

Lorsqu'on exprime ce coton mouillé entre les mains, on éprouve une légère cuisson, et la peau garde longtemps une teinte jaune et une certaine sécheresse. Aussi faudrait-il user d'une presse spéciale, si on en fabriquait une certaine quantité.

La ouate picrique, lorsqu'elle a été imprégnée, exprimée et séchée avec soin, reprend et conserve le mœlleux qu'elle avait avant la manipulation, elle est d'une très-belle couleur jaune clair. Lorsqu'on la manie sans précaution, elle excite un peu la membrane pituitaire, et fait sentir sa vive amertume, effet dû à une poussière imperceptible d'acide picrique qui s'en échappe.

En résumé, voici le mode de préparation auquel je me suis arrêté :

Acide picrique..... 0 gr. 25.
Ether ou alcool à 94°. 25 gr.

Faire dissoudre, imbiber avec cette solution une carde de coton du commerce de 10 grammes, exprimer doucement en tous sens pour que le liquide se répande uniformément et faire sécher à une douce chaleur.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Corps étranger introduit dans le rectum; extraction directe à travers la paroi abdominale. — Dans le *Cincinnati Lancet and observer*, le docteur Muscroft, de Cincinnati, a réuni, pour un article intéressant, les cas connus de corps étrangers du rectum, empruntés pour la plupart à une publication du docteur P. Eve. S'appuyant sur des observations déjà anciennes, il conclut à la possibilité et à la nécessité, dans certains cas rares, de retirer les corps étrangers directement par une incision faite à la paroi abdominale et à l'intestin. Il appuie surtout son dire sur une ancienne observation italienne qui mérite d'être rappelée à plus d'un titre.

En décembre 1848, un paysan fut admis à l'hôpital d'Orvieto à un degré extrême d'affaiblissement et de prostration. Pensant, disait-il, qu'il arriverait à se dispenser de manger, il avait voulu s'oblitérer le rectum avec un morceau de bois. Il y avait neuf jours de cela. — On avait déjà fait bien des tentatives pour le débarrasser du corps étranger, mais sans succès. M. Riali renouvela ces essais, mais sans autre résultat que de repousser

le corps étranger plus haut et de le fixer plus solidement dans l'intestin. Il était devenu impossible de l'atteindre avec les doigts.

En présence de cette situation, il résolut de découvrir le côlon par l'incision des parois abdominales. Cela fait, on chercha par des pressions directes sur l'intestin à faire descendre le corps étranger de l'extrémité du côlon qu'il occupait vers le rectum. Ces tentatives ayant été inutiles, M. Riali ouvrit l'intestin et fit l'extraction directe du corps étranger. C'était une sorte de cône tronqué ayant environ 15 centimètres de long.

On sutura les lèvres de l'intestin à la paroi abdominale et on fit un pansement simple avec des applications réfrigérantes par-dessus. Pendant les premiers jours, il y eut une tympanite considérable, des vomissements constants. On fit des saignées, on appliqua des sangsues, on purgea avec l'huile de croton. Il y eut des selles le cinquième jour; la plaie était cicatrisée le quatorzième. Par prudence on garda le malade en observation à l'hôpital.

Deux ans et demi après, cet homme fut revu; il mangeait et buvait, et ne se plaignait en aucune sorte.

M. Muscroft appelle avec raison l'attention des chirurgiens sur les ressources qu'ils ont ainsi dans ces cas d'extrême gravité. Il pense que, dans quelques-uns des cas connus, on les eût appliquées avec avantage et cite, en exemple, cette autre curieuse observation extraite d'un recueil américain en 1834.

Un individu s'était introduit dans le rectum un gobelet d'étain. Les tentatives d'extraction le repoussèrent dans le côlon. Le docteur Georges Moode, avec la main introduite par le rectum et à l'aide de plusieurs instruments, fit de vains efforts d'extraction. Le gobelet était saisi, abaissé, mais ne pouvait être dégagé des parties molles. Le malade *demandait à ce qu'on lui ouvrît la paroi abdominale* pour extraire le gobelet; on ne s'y décida pas, et il succomba trois jours après sans en avoir été débarrassé.

Aujourd'hui les opérations frayant une voie à travers le péritoine ont prit une grande extension, et l'occasion se présentera certainement de répéter avec une méthode plus favorable des interventions de ce genre.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Doses fréquentes et doses continuées. — Sous ce titre le docteur H. Clarke étudie une question intéressante de posologie, assez rarement décrite dans les ouvrages de thérapeutique, où l'on indique plutôt les doses uniques et les doses toxiques des médicaments.

Lorsqu'on administre les doses continuées d'une substance, on maintient toujours dans le sang une certaine quantité du médicament, et l'on détermine ainsi des phénomènes physiologiques et toxiques qui n'apparaîtraient pas après une dose unique.

Étudions en effet quelques exemples qui démontrent l'exactitude de cette proposition.

L'ammoniaque et ses sels pénètrent rapidement dans le sang, augmentent la réaction alcaline de ce dernier; mais en raison de leur grande volatilité, ils sont rapidement éliminés et leurs effets sur les organes sont passagers, car en une heure ou deux une dose unique de carbonate d'ammoniaque, par exemple, s'est échappée de l'économie, et, par suite, le sang n'est nullement modifié. Au contraire, vient-on à prescrire l'ammoniaque à dose continuée, toutes les heures pendant plusieurs jours, de façon à ce que le sang en soit toujours chargé, on détermine des symptômes analogues à ceux que l'on voit dans la fièvre typhoïde ou le typhus. Donc, tandis qu'une seule dose d'ammoniaque cause de la stimulation du cœur, une dose continuée de ce médicament altère les éléments du sang, et notamment les globules rouges. D'une part il y a action thérapeutique, de l'autre effet toxique sur l'économie.

Les mêmes remarques s'appliquent à l'administration de l'acide gallique, dont l'élimination par les reins est très-rapide, à ce point qu'il n'exerce aucune

action sur le sang quand on le donne une fois pour toutes. Cet acide mérite fort bien sa réputation d'hémostatique, mais à la condition qu'on l'administre d'une certaine façon. Il n'est pas convenable, en effet, de le faire prendre à la dose de 0 gr. 60, trois fois par jour, ainsi qu'on le fait d'habitude, parce que le sang ne subira son action spéciale que 6 heures sur 24, c'est-à-dire trop peu de temps pour enrayer la tendance à l'hémorrhagie. Maintenant, si au lieu de ces doses isolées on en administre de successives, de telle façon que l'absorption et l'élimination soient parallèles et le sang toujours chargé d'acide gallique, il devient évident que l'action de ce dernier sera persistante au lieu d'être intermittente et donnera lieu à des résultats tout autres qui dérivent de l'intermittence.

Il importe que le clinicien mette à profit ces effets des doses continuées.

En second lieu, il usera des *doses fréquentes* pour obtenir d'un médicament ses effets primaires ou secondaires très-rapidement. C'est une manière de frapper coup sur coup puissamment et vite sur l'organe qu'on veut atteindre.

L'opium, par exemple, a des effets stimulants sur le système nerveux et la circulation, bien connus des accoucheurs, qui l'administrent contre les hémorrhagies après la délivrance. Or, ces effets ne sont guère obtenus qu'à la condition d'en venir aux doses fréquentes, qui soutiennent cette action stimulante. On fait prendre ce médicament toutes les 5, 10 ou 15 minutes.

Mêmes remarques pour la teinture de racine d'aconit. Cinq gouttes données d'un coup n'agissent pas comme une demi-goutte donnée dix fois de suite ou cinq fois. Dans ce cas l'action sédative est moins marquée qu'avec une dose unique de 5 gouttes. (*J. de thérap.*)

Guérison d'une diarrhée rebelle par l'emploi des sels de morphine en injections hypodermiques. — Parmi les faits que nous avons vus dans le service de M. le professeur Vulpian, à la Charité, et dont plusieurs sont intéressants à divers points de vue, nous allons seulement mentionner, en quelques mots, ceux dont l'intérêt nous a paru le plus essentiellement pratique.

Parlons d'abord d'une femme, âgée de quarante-six ans, couchée salle Sainte-Madeleine, n° 11, entrée le 3 novembre dernier, pour une hémiplégie subite du côté gauche qui datait déjà de quelques jours. Elle est d'une pauvre apparence, plus usée et plus décrépite que ne le comporterait son âge. Vers le commencement du mois de mai, elle fut prise, à l'hôpital, d'une diarrhée très-abondante, très-fréquente, qui l'épuisait. Cette diarrhée ressemblait, par l'absence de douleurs, aux diarrhées hectiques ou cachectiques, mais elle était d'une ténacité, que, pendant deux mois environ, rien ne put vaincre. Le sous-nitrate de bismuth, l'opium à hautes doses, le ratanhia, etc., restaient complétement inefficaces. M. Vulpian pensa que ce complet insuccès tenait à ce que les remèdes n'étaient pas absorbés; ils étaient entraînés trop vite le long du canal digestif et étaient rejetés sans avoir agi. C'est là, en effet, le grand obstacle dans les diarrhées chroniques, quelle qu'en soit, du reste, la cause et la nature première : l'absorption, soit des aliments, soit des remèdes, ne s'y fait plus ou presque plus. Dans les dysentéries d'Orient, par exemple, quand la période la plus aiguë de la maladie est passée, on voit les malades, pour cette cause, dépérir et s'éteindre enfin dans le marasme, malgré les efforts les plus actifs pour les nourrir et pour les tonifier. Il en est de même dans d'autres affections intestinales, qui n'ont de commun avec ces terribles dysentéries que le besoin d'aller à la garde-robe, provoqué par chaque repas, et la rapidité très-grande avec laquelle les substances ingérées arrivent presque intactes dans les déjections du malade. Ceci posé, il parut logique à M. Vulpian de faire pénétrer les médicaments par une autre voie, de ralentir les contractions intestinales par la morphine, administrée en injections hypodermi-

ques. Le succès fut des plus rapides et des plus complets. La diarrhée diminua notablement dès le premier jour après la première injection de chlorhydrate de morphine, et le second jour, après la seconde injection, il n'en restait plus la moindre trace. Aujourd'hui, cette femme digère bien ce qu'elle mange, elle reprend des forces, du côté sain. Quant au côté gauche, il reste toujours paralysé; la marche est encore impossible, ainsi que la station debout, bien que les mouvements d'extension et de flexion du membre inférieur s'exécutent assez bien dans le décubitus. Mais cet autre côté de l'observation ne doit pas nous arrêter, car l'hémiplégie n'a pu avoir sur la diarrhée qu'une influence bien indirecte.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Onanisme. — Le docteur Yellowlees fait observer que de tous les cas de maladie mentale les plus mauvais sont ceux qui se compliquent d'onanisme. Il y a plus d'un patient qui guérirait s'il pouvait se défaire de sa pernicieuse habitude. C'est un vrai chagrin pour les médecins d'asile de voir des malades s'enfoncer dans l'incurabilité par suite de ce vice. Aussi s'en sont-ils préoccupés et ont-ils cherché à y appliquer des remèdes préventifs. Le docteur Yellowlees a fait comme les autres et il a imaginé en ces derniers temps un moyen qu'il voudrait soumettre à l'appréciation de ses confrères. Lui-même il l'a déjà essayé dans une douzaine de cas et cela avec des résultats très-satisfaisants.

Ce qui lui avait suggéré le moyen en question, c'est le fait anatomique que le prépuce est absolument nécessaire à l'érection du pénis : en effet cet appendice cutané est indispensable pour recouvrir l'organe augmenté de volume. Si on met obstacle à cette fonction du prépuce, on rend l'érection si douloureuse qu'elle devient pour ainsi dire impossible et par conséquent on empêche d'une manière à peu près probable une éjaculation. Ce qu'il a fait, c'est de traverser le prépuce à la base du gland avec une aiguille ordinaire en argent, dont il réunit ensuite les deux bouts. Il avait appliqué la première fois cet appareil chez un garçon, tellement livré à l'onanisme, que sa mère était venu le supplier d'en faire tout ce qu'il pouvait pour le débarrasser de ce vice, auquel ce garçon se livrait nuit et jour. Aujourd'hui il est si bien rétabli qu'il est en état de travailler comme charpentier. Le docteur Yellowlees a actuellement encore onze patients, portant cet anneau au prépuce ; il n'a été obligé de l'enlever que dans un seul cas, où il donnait lieu à une trop forte irritation ; mais il ne l'a pourtant ôté que temporairement avec l'intention de le remettre plus tard. Un seul homme a été obligé de le porter pendant dix-huit jours et cela sans le moindre inconvénient ; il n'y en eut pas davantage chez les autres malades. Le docteur Yellowlees est certain que ses patients s'abstinrent absolument de la masturbation pendant tout le temps qu'ils portèrent leur anneau. Cet appareil est si simple qu'il ne peut donner lieu à aucune conséquence fâcheuse. Le docteur Yellowlees est tellement persuadé de son efficacité qu'il compte en généraliser l'emploi pour tous les masturbateurs. Cet anneau peut rester en place pendant un temps indéfini. N'a-t-on pas vu, en effet, des personnes chez qui des balles sont restées dans le corps sans le moindre inconvénient !

(*Journal of mental Science.*)

Opération de hernie étranglée pratiquée chez un enfant, quarante-cinq heures après la naissance; par le docteur Frank Woodburg. — Le 10 août 1874, une Américaine, bien portante, accouchait de son douzième enfant. Celui-ci vint au monde asphyxié, et on eut assez de peine à établir la respiration. Quelques heures après, sa mère, le voyant agitée l'examina attentivement, et découvrit, au niveau de l'aine droite, une saillie du volume d'une petite noisette.

Le lendemain, le docteur Andrews, appelé en consultation, reconnut que la tumeur avait acquis les dimensions d'une orange. Le taxis fut pratiqué, mais sans résultat.

Deux heures plus tard, on l'essaya de nouveau, après un bain chaud et l'administration de petites doses d'opium. Le volume de la tumeur égalait alors celui de la tête de l'enfant. Après une troisième tentative infructueuse, le chirurgien se décida à recourir à l'opération.

A ce moment, la naissance remontait à quarante-cinq heures. Le sac fut ouvert et l'on reconnut l'existence d'une hernie inguinale oblique, qui s'était étranglée au niveau de l'anneau interne. La tumeur se composait de la plus grande partie de l'intestin grêle, depuis le voisinage du duodénum jusqu'à l'extrémité inférieure de l'iléon. Elle ne contenait pas d'épiploon. Après avoir repoussé avec soin les intestins dans l'abdomen, le chirurgien réunit les parois opposées du canal au moyen d'un fil de soie, dont les chefs furent ramenés en dehors de la plaie cutanée. Cette dernière fut également fermée par quelques points de suture, et un pansement fut appliqué sur le tout. Il n'y eut aucune complication, et la guérison fut des plus rapides. Une année plus tard, l'enfant était robuste, bien portant, d'une taille élevée pour son âge. Pendant longtemps on lui a fait porter un bandage, auquel on a renoncé maintenant, la cure radicale ayant été obtenue.

(*The Edinburgh med. Journal.*)

De la délivrance dans l'avortement. — Il y a quelques années, M. Guéniot donnait le conseil d'intervenir à la suite de l'avortement, si le placenta, au bout d'un certain nombre d'heures, qu'il fixait pour les différents cas, n'était pas expulsé spontanément. MM. Pajot, Tarnier, Charpentier, etc., ont protesté avec vigueur et avec raison contre les conclusions de M. Guéniot, et ont montré qu'en agissant ainsi, le médecin s'exposait à faire éclater de graves accidents. M. Casterra, ayant repris la même question, est arrivé aux conclusions suivantes : 1° *Il faut savoir* ATTENDRE ; 2° ne se laisser déterminer que par des indications précises et formelles ; ces indications seront les accidents eux-mêmes ; ainsi, *pas d'accidents pas d'action* ; explosion des accidents, intervention ; 3° ces accidents peuvent être de trois ordres : *a.* hémorrhagies sans infection putride. On pratiquera le tamponnement et dans certaines conditions, on pourra y joindre le seigle ergoté ; *b.* infection putride sans hémorrhagie. On fera la dilatation du col, l'extraction du délivre par les instruments dans les premiers mois, à l'aide de la main quand la grossesse sera assez avancée pour que cela soit possible. Injections intra-utérines ; *c.* infection putride, hémorrhagie. Tamponnement et dilatation simultanée du col, et extraction du délivre comme dans le cas précédent

(*Bull. gén. de thér.*)

Injections d'eau chaude contre la métrorrhagie. — Dans un cas d'hémorrhagie grave, liée à un avortement, et que n'avaient pu arrêter ni l'ergot de seigle ni l'eau froide, l'auteur injecta de l'eau à environ 40 degrés. Au contact de cette eau, l'utérus se contracta si énergiquement, que l'œuf, que l'on sentait à peine entre les lèvres entr'ouvertes du col, fut expulsé avec ses membranes au bout d'un quart d'heure. Les jours suivants, les injections furent faites avec de l'eau tiède jusqu'à ce que l'utérus eût repris son volume. — Les injections d'eau chaude ont été employées, avec succès dans 21 cas d'avortement, 2 cas d'hémorrhagie grave résultant de l'insertion du placenta, dans des cas d'hémorrhagie, accompagnant des tumeurs fibreuses et autres de l'utérus, dans des cas de cancer, de ménorrhagie, etc. La température de l'eau employée varirait de 46 à 50 degrés, et l'auteur considère l'eau chaude comme ayant plus d'action sur la fibre musculaire utérine que l'eau froide pure, ou chargée de substances astringentes.

(*Presse méd. belge.*)

La strychnine dans la thérapeutique oculaire. — Les travaux récents de Nagel, ont remis en honneur l'usage de la strychnine dans diverses amblyopies. M. Haltenhof donne les résultats de son expérience personnelle, et ses observations sont relatées avec une rigueur qui inspire la plus grande confiance. Il pratique à la tempe des injections d'un demi-milligramme d'abord, pour se mettre en garde contre une idiosyncrasie possible, et porte la dose jusqu'à 3 ou 5 milligrammes. Il a employé ce moyen dans cinquante-deux cas, sur lesquels la moitié presque ont donné des résultats positifs, bien qu'à des degrés très-divers. Dans dix cas au moins les résultats obtenus et imputables à la strychnine ont été vraiment importants par leur intensité et leur persistance. La strychnine n'agit pas seulement dans les simples désordres fonctionnels, liés tout au plus à des troubles momentanés de la circulation ou de l'innervation, mais elle augmente les facultés visuelles même dans les cas où existent des *lésions matérielles* plus ou moins graves.

Dans l'*atrophie des nerfs optiques*, Haltenhof n'a obtenu qu'une fois sur quatorze une amélioration passagère, mais bien marquée, après cinq injections, répétées de jour en jour; l'amélioration ne dura que sept semaines. Il ajoute que le courant constant ne lui a pas donné des résultats plus satisfaisants : « Le galvanisme m'a paru produire dans la plupart des cas une stimulation passagère de la sensibilité visuelle, avec élargissement appréciable du champ visuel, diminution de l'éblouissement au grand jour, raffermissement de la fixation centrale; mais au bout, d'un certain nombre de séances l'amélioration s'arrêtait pour faire place, malgré la continuation des séances, à un recul rapide vers l'état antérieur. » Aussi la strychnine et le galvanisme ne modifient-ils pas le pronostic de de Graefe : « Toutes les fois que, dans une amblyopie avec lésion atrophique primitive de la papille et des vaisseaux rétiniens, l'exploration du champ visuel révèle un rétrécissement sur une portion de la périphérie, le médecin peut à l'avance se déclarer impuissant et l'atrophie aboutit fatalement à la cécité. »

Lorsqu'au contraire les limites *périphériques* de la sensibilité, spécialement au rouge et au vert, se conservent intactes, on peut espérer une amélioration par la thérapeutique étiologique et par la strychnine. « C'est surtout dans l'amblyopie *centrale* sans lésion de la macula et avec désolorisation de la portion temporale du disque optique que j'ai obtenu par la strychnine des améliorations remarquables. » Ces scotomes centraux sont plus ou moins nets, et quelquefois seulement perceptibles à l'examen par les papiers colorés. L'auteur a soumis aux injections cinq malades présentant cette forme spéciale d'amblyopie. Chez tous l'acuité centrale a été augmentée, chez quatre d'entre eux la fixation normale rétablie, et facilitée, la perception des couleurs améliorée. Dans un cas où l'atrophie partielle avait succédé à la compression par une tumeur du maxillaire, la tumeur une fois enlevée, l'amélioration par la strychnine fut très-notable.

Quand il existe dans le nerf optique et la rétine des lésions qui sont la suite d'une inflammation des membranes profondes, on pourra espérer une amélioration par la strychnine, à condition que la phlegmasie primitive soit éteinte et que l'atrophie consécutive soit stationnaire (3 cas sur 7).

Dans la *rétinite pigmentaire*, les résultats ont dépassé l'attente de l'auteur. Il a employé la strychnine dans cinq cas, et a noté la diminution de l'éblouissement diurne et de la cécité nocturne, la fermeté plus grande de la vue. Dans quatre cas il y a eu augmentation de l'acuité; dans deux un élargissement du champ visuel pour la lumière blanche.

La strychnine agit bien dans les cas traumatiques, même accompagnés de lésions graves et permanentes du fond de l'œil (un de déchirures multiples de la choroïde).

Quant aux amblyopies sans lésion sérieuse, c'est le triomphe de la strychnine, que la maladie paraisse sous la dépen-

dance de l'anémie, d'actions réflexes parties du trijumeau ou de paralysie du grand sympathique cervical, ou de l'abus de l'alcool ou du tabac.

Elle peut être utile dans les amblyopies par manque d'usage qui compliquent toujours les strabismes non alternants, dans les amblyopies des myopies fortes et progressives. Elle est inférieure à l'électricité dans les paralysies des muscles de l'œil. Elle doit être essayée dans l'asthénopie accommodative.

(*Bull. de la Suisse romande*).

Le chloroforme dans le traitement de l'hémoptysie. Dans un cas d'hémoptysie grave, chez un homme de quarante ans affecté de tuberculose pulmonaire très-avancée, et que n'avaient pu arrêter la glace, la térébenthine, l'ergot, l'application de la chaleur et de la sinapisation aux extrémités, le docteur *Alex. Weir*, voyant le sujet près de succomber, eut recours aux applications locales de chloroforme. Sur un tampon de flanelle auquel il donna les dimensions de la partie affectée, il versa deux onces de ce liquide, l'appliqua immédiatement sur la poitrine, et le recouvrit d'épaisses serviettes afin d'empêcher l'évaporation. L'effet fut instantané : la toux et l'hémorrhagie cessèrent immédiatement d'une façon définitive. Cet homme qui était alcoolique fit plus tard un excès de boissons et mourut, avant qu'on ait eu le temps de lui porter secours, d'hémoptysie foudroyante. L'auteur serait volontiers d'avis que le chloroforme, dans cette circonstance, a agi à titre de révulsif.

(*The Lancet.*)

Traitement du prurit de la vulve. — Le docteur H.-Z. Gill, de Jerseyville, traite le prurit de la vulve que l'on observe dans la grossesse, par le nitrate d'alumine. Ce topique agit à merveille et mieux que tout autre. On l'emploie à la dose de 0 gr. 36 dans une once d'eau tiède, en lotion sur la vulve ou en injection vaginale. Pendant les chaleurs, les applications doivent être bi-quotidiennes. (*J. de thér.*).

FORMULES DIVERSES.

Potion expectorante.

Chlorhydrate d'apomorphine.	02	cent.
Infusion de polygala.....	20	grammes.
Sirop simple.....	20	—
Eau distillée.....	120	—

F. s. a. une potion, qu'on prescrira par cuillerées à café toutes les demi-heures, dans les affections pulmonaires graves.

Poudre contre le catarrhe nasal. (*Beverley Robinson.*)

Iodoforme pulvérisé.....	4	grammes.
Camphre pulvérisé.....	4	—
Gomme pulvérisée.....	8	—

Mêlez. — Insuffler cette poudre dans les narines, pour tarir l'écoulement qui provient de l'arrière-cavité des fosses nasales, et qui souvent exhale une mauvaise odeur.

Prescrire en même temps un traitement général, pour modifier la constitution du malade.

Pommade antirhumatismale. (*Gueneau de Mussy.*)

Extrait de belladone.....	4	grammes.
Extrait de jusquiame.....	6	—
Extrait d'opium.....	2	—
Axonge.....	50	—

F. s. a. une pommade, avec laquelle on frictionnera, trois ou quatre fois le jour, les jointures très-douloureuses, dans le cas de rhumatisme articulaire aigu.

(*Union méd.*)

Solution contre les écoulements vaginaux. (*Trélat.*)

Acide phénique pur.....	1	gramme.
Alcool ou eau de Cologne....	30	—
Eau.....	70	—

Mêlez. — A l'aide du spéculum on introduit une ou deux fois par jour, dans le vagin, des tampons de ouate imbibés de ce mélange, et après les avoir retirés, on pratique des injections légèrement

astringentes. — Dès que les surfaces malades sont détergées, on remplace l'alcool phéniqué par une solution moins active, et qui renferme, par exemple, 5 grammes de tannin pour 30 grammes de glycérine. On plonge les tampons dans cette solution, et on les introduit comme les premiers. (*Courrier médical.*)

Poudre contre les rhumatismes de cerveau. (*Geneuil*).

Bromure de camphre finement pulvérisé	2 grammes
Poudre d'Iris de Florence	4 —
Tannin	10 centigr.

Mêlez.— Par prises dans la journée pour combattre le rhume de cerveau.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 décembre 1876.

Présidence de M. CHATIN.

Paralysie générale. — M. Foville (de Rouen) lit un mémoire intitulé : *des Relations entre les troubles de la motilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions fronto-pariétales.*

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° La paralysie générale des aliénés a pour caractères pathognomoniques, au point de vue anatomique, une altération constante de la substance corticale des circonvolutions fronto-pariétales.

» 2° Les travaux les plus récents tendaient à attribuer les troubles de la motilité, dans la paralysie générale, à des modifications histologiques plus ou moins manifestes du bulbe et de la moelle ; aucun rapprochement de cause à effet ne pouvait donc être établi entre la lésion anatomique constante et les manifestations symptomatiques également constantes.

» 3° La découverte par Hitzig et Ferrier d'une région excitable et motrice à la surface des circonvolutions de la partie moyenne des hémisphères cérébraux permet d'établir ce rapprochement.

» 4° L'existence, dans la région excitable des circonvolutions, de centres moteurs corticaux distincts, pour les mouvements du membre supérieur, du membre inférieur, du cou et de la tête, de la langue et des mâchoires, de la face et des lèvres, du globe de l'œil et des paupières, permet de rendre un compte exact de la localisation des ataxies, des convulsions, des contractures et des paralysies partielles limitées à tels ou tels de ces organes dans la paralysie générale.

» 5° C'est d'abord par l'excitation que produisent, dans ces différents centres moteurs, l'hyperémie au début de la maladie et les poussées congestives de la partie moyenne, et ensuite par les progrès de la dégénérescence scléreuse de la période du déclin, que s'expliquent les troubles progressifs de la motilité, tels que l'embarras de la parole, les spasmes fibrillaires des lèvres et des joues, l'ataxie et la dissociation des mouvements des membres, le grincement des dents, le rétrécissement ou la dilatation de la pupille, les convulsions limitées à un seul muscle ou à un petit nombre d'entre eux; les attaques épileptiformes unilatérales, les hémiplégies partielles ou passagères, les contractures persistantes et enfin les paralysies plus ou moins complètes.

» 6° En résumé, dans la paralysie générale, les lésions corticales des circonvolutions fronto-pariétales sont la cause directe des troubles de la motilité, de la localisation et l'intensité des accidents spasmodiques et paralytiques. »

Séance du 13 décembre 1876.

Présidence de M. Chatin.

Études sur les liquides pathologiques de la cavité péritonéale. Note lue par M. Méhue, candidat pour la section de pharmacie. — « Les liquides ascitiques, dit l'auteur, contiennent les mêmes éléments organiques que le sérum du sang; la proportion des matières albumineuses y varie seule dans des limites assez étendues, mais jamais elle ne dépasse celle qu'aurait donnée un égal poids de sérum sanguin. Ces liquides sont généralement alcalins au papier de tournesol ; sur 200 liquides environ, l'auteur n'en a rencontré qu'un seul à réaction acide, et doué de qualités spéciales.

Les liquides ascitiques sont un mélange de sérine, de fibrine, de fibrine dissoute et de sels minéraux ; ils se composent, vis-à-vis de la chaleur, de l'acide acétique, de l'acide azotique, du tannin, du bichlorure de mercure et du sulfate de magnésie, comme le sérum sanguin, le liquide de la plèvre et celui de l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Le poids des matières fixes contenues dans 1 kilogr. de liquide ascitique ne paraît pas s'élever jamais au-dessus de 70 grammes ni descendre au-dessous de 14 grammes. La proportion des matières organiques peut donc égaler celle d'un pareil volume de sérum sanguin ou n'être que le dixième de ce poids.

Le poids des sels minéraux (7 à 9 grammes par kilogr. de liquide) ne varie que dans des limites très-étroites.

Les liquides pauvres en matières fixes se reproduisent ordinairement d'une façon plus rapide que les liquides riches. En général, la vie des malades est plus menacée dans les cas de liquides pauvres que dans les cas de liquides riches.

M. Méhu a groupé les 200 observations qu'il possède d'après les causes qui ont déterminé l'épanchement : affections cardiaques, carcinome hépatique, kystes ovariques, tumeurs fibreuses : enfin, diverses autres causes plus rares.

Bien que, en général, les liquides les plus riches en matières fixes soient ceux qui ont pour causes déterminantes des tumeurs solides ou des kystes ovariques, il ne faut pas déduire de cette remarque des conclusions trop absolues.

D'autre part, presque tous les liquides dus à des tumeurs cancéreuses ont une teinte ictérique et contiennent du pigment biliaire ; ce n'est pas là un caractère certain, car ce pigment biliaire se montre sous l'influence de causes passagères, et se rencontre dans des cas de cirrhose bien démontrés par les autopsies.

Dans de nombreux cas, l'analyse permet d'affirmer que le liquide provient d'une ascite et non d'un kyste ovarique ; mais il existe un assez grand nombre de kystes ovariques dont le contenu ne saurait être distingué, par ses caractères physiques ou chimiques, de celui d'une ascite. »

Ce travail est renvoyé à la section.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

Administration générale de l'assistance publique, à Paris. — L'administration de l'assistance publique s'occupe en ce moment des quantités de lait à fournir dans les hôpitaux et les hospices civils de la ville de Paris, pendant le courant de l'année 1877.

La fourniture du lait dans les hôpitaux, qui avait atteint le chiffre de 1,047,675 litres pour l'année 1876, s'élèvera pour l'année 1877 à 1,065,350 litres.

***

— La *Société française de tempérance*, association contre l'abus des boissons al-

coliques, réunie en assemblée générale, le 3 décembre 1876, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1877 :

Président, M. Edouard Laboulaye, de l'Institut ; — vice-présidents, MM. le professeur Bouillaud, le baron Larrey, Reverchon et Paul Pont ; — secrétaire général ; docteur L. Lunier ; — secrétaires généraux adjoints, MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne ; — secrétaires des séances, docteurs Magnan et Vidal ; — bibliothécaire-archiviste, docteur A. Motet ; — trésorier, M. Gust. Maugin.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1877, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

***

M. le docteur Lapeyrère, qui tenait, il y a quelques années, une place si distinguée dans la presse médicale, vient de former une maison des jeunes épileptiques, 4, rue de l'Abreuvoir, à Boulogne-sur-Seine.

***

La variole à Londres. — Les journaux anglais annoncent que la petite vérole augmente rapidement à Londres. Les trois hôpitaux affectés au traitement des variolés, établis à Hamerton, Hampstead et Stockwell, sont littéralement pleins, le nombre total des malades s'élevant à 600.

L'hôpital des fiévreux, à Honeston, qui peut recevoir 300 malades, est maintenant consacré aux variolés.

***

Un typhon dans l'Inde. — Les derniers détails que le télégraphe apporte sur le récent typhon de Calcutta nous représentent cette catastrophe comme la plus meurtrière que l'histoire ait eu à enregistrer.

Les îles situées à l'embouchure du Gange et du Brahmapoutra qui ont été submergées n'avaient point une population de moins de 240,000 habitants. On évalue qu'un tiers seulement a échappé. Les eaux ont, de plus, balayé les rives de la partie continentale du delta jusqu'à une distance de 8 kilomètres de la côte. La force du vent a été évaluée à 240 kilomètres par heure, force beaucoup plus élevée que celle de l'ouragan d'Australie.

***

L'homœopathie en France. — Les médecins qui pratiquent actuellement l'homœopathie en France sont au nombre de 300 environ : 70 à Paris, 230 dans les départements.

Il y a en ce moment en France 14 pharmacies homœopathiques spéciales : 8 à Paris, 2 à Lyon, 2 à Bordeaux, 2 à Marseille.

Il y a également un certain nombre de médecins vétérinaires pratiquant l'homœopathie.

Trois hôpitaux homœopathiques de fondation récente (1869-70-75) existent en France : l'hôpital Hahnemann et l'hôpital Saint-Jacques à Paris, l'hôpital Saint-Luc à Lyon.

***

L'*Avenir de Soulac* raconte le douloureux événement suivant : « Le nommé Dulge habitait avec sa mère ; cette dernière, s'étant sentie quelque peu indisposée, avait consulté un médecin qui lui conseilla de prendre une purgation avec du *sel de seidlitz*. Le fils se rendit chez un pharmacien et y demanda, par erreur, un paquet de *sel d'oseille* qu'il administra consciencieusement à sa mère. Quelques instants plus tard, la pauvre femme se débattait dans d'horribles souffrances et bientôt expirait ! »

Toute catastrophe, hélas ! porte en elle sa morale. Voici celle de ce cas particulier : si le pharmacien n'avait pas délivré sans ordonnance le produit dangereux qu'on lui demandait ; si, de son côté, au lieu de prescrire « *de ore* » une purgation saline, le médecin s'était donné la peine de formuler son ordonnance, ce malheur ne serait point arrivé. Dans notre profession, rien n'est insignifiant, et l'on ne

saurait trop se mettre en garde contre ces demandes de consultation en plein air, dans les dîners ou au milieu des salons, qui nous accablent journellement et dont le terme peut-être si souvent funeste à ces clients de hasard.

***

Une Machine parlante. — Nous lisons dans l'*Indépendance belge* :

« Une machine parlante (*sprech maschine*) est en ce moment à Bruxelles; M. le professeur Faber en est l'inventeur.

» Le premier qui ait eu l'idée de la machine parlante, après Molière qui nous en donne tous les principes dans le *Bourgeois gentilhomme*, est un professeur français, mais il n'a pas réussi. M. Faber travaille depuis vingt ans au perfectionnement de sa machine et est arrivé à un joli résultat. La machine a trois organes essentiels : le poumon, un soufflet mû par un levier manœuvré au moyen du pied; le larynx, qui n'a qu'une membrane, tandis que nous en avons deux; et la bouche, qui est énorme, avec une langue en proportion. La personne qui fait parler la machine appuie avec les doigts sur quatorze leviers qui portent chacun le signe d'une lettre. Par la combinaison de ces leviers deux par deux on obtient les douze lettres restantes.

» La véritable utilité pratique de la machine est d'apprendre à parler aux sourds-muets. Ils voient les mouvements que fait la langue pour prononcer les différents sons, et tâchent d'imiter ces mouvements, qui, vu la grandeur de l'organe, sont faciles à observer.

***

Vins fuchsinés; condamnation. — Deux marchands de vin, prévenus du double délit de falsification de denrée alimentaire et de tromperie sur la qualité de la chose vendue, viennent d'être condamnés par le tribunal correctionnel de Bayonne, chacun à trois mois de prison, 50 francs d'amende, aux dépens et à l'affichage du jugement à plusieurs exemplaires.

Les inculpés avaient vendu, comme vin rouge, des quantités considérables de vin blanc de qualité inférieure coloré au moyen du caramel fuchsiné, vendu sous le nom de *caramel à vin*. Ce vin coloré artificiellement s'était, paraît-il, altéré rapidement et avait occasionné des désordres assez sérieux chez plusieurs personnes qui en avaient fait usage. En raison de la gravité de tous ces faits, le tribunal s'est montré justement sévère dans l'application de la peine. Les négociants en vins qui pratiquent loyalement leur commerce et qui, en ce moment, protestent dans tout le midi de la France contre l'emploi des colorants employés actuellement, applaudiront certainement, aussi bien que les consommateurs, à la répression d'une fraude qui tend à prendre des proportions réellement inquiétantes.

Nous devons ajouter que le fabricant rouennais qui avait fourni le caramel fuchsiné et qui était poursuivi comme complice, a été relaxé par le tribunal.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population* 1,851,792). *Du 1er au 7 décembre*, on a constaté 937 décès, savoir : variole, 9; rougeole, 20; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 86; érysipèle 2; bronchite aiguë, 36; pneumonie, 56; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 1; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 15; croup, 32; affections puerpérales, 4; autres affections aiguës, 211; affections chroniques, 405 (dont 153 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 18; causes accidentelles, 15.

Du 7 au 14 décembre, 870 décès ainsi répartis : variole, 4; rougeole, 11; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 62; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 32; pneumonie, 50; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 1; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 25; croup, 18; affections puerpérales, 3; affections aiguës, 208; affections chroniques, 376 (dont 154 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 51; causes accidentelles, 24.

VARIÉTÉS.

La flagellation.

Sous ce titre qui éveille tout d'abord des souvenirs religieux, il ne s'agit ici ni des scènes de la passion inspirant le génie des peintres, ni de l'exaltation mystique qui mit le fouet aux mains des *flagellants* du XIIIe siècle.

Ces singuliers hérétiques reconnaissaient pour chef un moine nommé Rainier qui, l'esprit troublé par les guerres intestines des Guelfes et des Gibelins, pensa désarmer la colère céleste par cette pratique publique; il réunit autour de lui un grand nombre de prosélytes hommes et femmes, qu'on appela les *dévots* et qui, à sa suite, parcoururent les pays en se frappant avec un fouet à nœuds armé de quatre pointes aiguës. Plusieurs fois condamnée par les papes; remise en honneur au XIVe siècle à l'apparition de la peste noire, et au XVIe, sous le superstitieux Henri III; passant successivement de Pérouse à Spire, puis à Strasbourg et dans plusieurs provinces de France et d'Italie; secte des dévots ou corporation des frères de la Croix, selon les temps; cette bizarre réunion de fanatiques nous apparaît avec tout l'appareil religieux du moyen âge, se rendant bannière en tête et manteau blanc des pénitents sur les épaules, à son lieu de réunion : là, formant un cercle, nus jusqu'à la ceinture, les flagellants se prosternaient successivement pour recevoir les coups de fouet de leurs confrères et ceux qu'ils se donnaient eux-mêmes ensuite, jusqu'à faire jaillir le sang. Après les trente-trois jours que durait cette pénitence publique, le fanatisme des populations violemment surexcité, ne voyait plus dans ces insensés que des martyrs.

Nous sommes loin de ces temps où la superstition se mêlait si étroitement à la croyance, les esprits se soumettent difficilement à l'intervention divine et cherchent en toute chose le côté pratique. Un de nos collègues les plus distingués de la presse médicale italienne, le Dr Levi, a présenté à l'Institut royal des sciences de Venise un mémoire sur la flagellation et en a donné connaissance au congrès de Turin dans une note qu'il a bien voulu nous communiquer.

Une de ses malades, atteinte d'asthme nerveux, tomba, après quelques cuillerées de mixture narcotique et une injection sous-cutanée d'acétate de morphine (2 cent.) dans un état de mort apparente; des frictions énergiques avec de l'ammoniaque liquide, des affusions froides, ayant été successivement essayées, une saignée n'ayant pas produit plus de résultat, le Dr Levi, s'inspirant d'un cas à peu près analogue relaté dans la clinique du Dr Graves, se fit aider par trois élèves jeunes et vigoureux, et tous quatre pratiquèrent ensemble la flagellation sur la plante des pieds et la paume des mains avec des baguettes minces et flexibles : au bout d'une demi-heure, quelques mouvements se produisirent dans les jambes d'abord, puis dans les bras; la respiration revint, la circulation du sang se rétablit; mais si on suspendait la flagellation, la malade retombait aussitôt dans l'insensibilité; enfin, après une vingtaine de minutes encore, l'intelligence reparut tout entière, il n'y eut aucune lésion locale et la guérison se compléta promptement. Plusieurs médecins furent témoins de ce fait arrivé en 1869, et entre autres le Dr Namies, oncle et maître du Dr Levi.

Il y a quelques semaines, un fait analogue se produisit encore à l'hospice marin: un jeune médecin, ayant avalé par

méprise une dose toxique d'un fébrifuge spécifique contenant, paraît-il, de la noix vomique, fut saisi d'abord de nausées, de vomissements, de tremblements nerveux, puis d'un véritable accès épileptiforme qui se termina par un état de mort apparente; là, comme dans la première observation, aucun moyen ne réussit à le faire revenir, pas même l'injection sous-cutanée d'ammoniaque; ses collègues, aides au même hospice dont le Dr Levi est médecin en chef, le sauvèrent en lui flagellant vigoureusement, tous quatre à la fois, les plantes des pieds et les paumes des mains, pendant vingt minutes.

Selon notre savant confrère, l'explication de ce fait se trouve dans la forte excitation des extrémités sensibles à la surface cutanée et dans l'action réflexe, sur les centres nerveux, spécialement les nerfs crâniens, spinaux et grand sympathique; la force de percussion, se transformant en force nerveuse, aboutit encore au mouvement en stimulant les contractions du cœur et des artères, et celles des muscles inspirateurs et expirateurs.

Le Dr Levi a fait, à ce sujet, de fort curieuses études historiques depuis les livres classiques de Celse, Arétée et Galien, jusqu'à nos jours, remettant en lumière les observations de quelques médecins français, anglais et américains du dernier siècle; pour lui, l'expérience clinique et les observations physiologiques s'accordent à reconnaître à la flagellation énergique et prolongée sur les plantes des pieds et les paumes des mains une merveilleuse puissance de stimulation sur l'excitabilité nerveuse engourdie ou éteinte, et sur la circulation du sang; les ramifications nerveuses sensibles des extrémités étant très-nombreuses, et les aponévroses palmaires et plantaires très-robustes y protégeant les vaisseaux sanguins sous-jacents.

Il conviendrait donc, selon notre honorable confrère, de ranger la flagellation parmi les excitants les plus prompts et les plus énergiques du système nerveux et des grandes fonctions de la vie organique; son application n'est opposée à aucun des moyens thérapeutiques employés d'ordinaire; faradisation des nerfs phréniques, du cœur et des centres nerveux; application des courants continus, respiration artificielle, injections sous-cutanées d'ammoniaque ou d'éther, inversion du corps tête en bas dans l'asphyxie par chloroforme, et même cautérisation au fer rouge de chaque côté du thorax. Son emploi peut être essayé dans tous les cas de syncope et asphyxie par poison, gaz délétères, inhalations anesthésiques, submersion, suffocation, froid.

Quelque singulier que paraisse ce procédé, il a du moins pour lui : la rapidité de son action, la facilité pour tout le monde de l'appliquer, et, malgré son apparente brutalité, la conviction qu'il ne présente aucun danger pour le patient. N'est-ce pas assez pour engager notre confrère, le Dr Levi, à en conseiller l'essai, au point de vue, tant humanitaire que scientifique.

(*J. d'hygiène.*)

Avis.

Nous prions ceux de nos confrères, qui désirent nous être agréables, de vouloir bien nous adresser, sans retard, le renouvellement de leur abonnement pour 1877.

Nous saisissons cette occasion pour leur rappeler que nous serons heureux de nous mettre à leur disposition pour leur faire parvenir aussitôt, les ouvrages et publications nouvelles, dont ils nous transmettront la demande.

Boîte aux lettres.

N° 2224. — M. le docteur Vrig.. à Ch. (Indre-et-Loire). — Il sera tenu compte de vos observations.

N° 2315. — M. le Dr H... A. Abb... (Somme). — Si vous voulez faire une courte analyse de votre travail, nous la publierons volontiers. — Prix de l'ouvrage envoyé, 4 fr. 50.

N° 4228. — M. le Dr N..., à Cint. — (Haute-Garonne). — Vos réflexions ont quelque chose de fondé; mais les temps sont bien changés. — L'ouvrage en question coûterait fort cher et n'est jamais demandé. — Le Dr C... est mort depuis longtemps.

Le Rédacteur-en chef, gérant,
Dr Hamon (de Fressnay).

Paris. — Imp. de E. Donnaud, r. Cassette, 9.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 2. — 15 JANVIER 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HOPITAUX.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Leçon clinique de M. BERNUTZ.

Des déviations de l'utérus

A l'état normal, le corps et le col de l'utérus sont situés sur une même ligne droite. Quand ces deux parties de l'organe ne présentent pas cette direction rectiligne, quand, en un mot, les lignes formant l'axe de chacune de ces parties limitent un angle, on dit que la matrice est à l'état de flexion.

Pour nos prédécesseurs, l'utérus, dans les conditions physiologiques était situé dans l'axe du détroit supérieur, dirigé de l'ombilic à la partie moyenne du sacrum. Or, de nombreuses recherches, effectuées par des gynécologistes de notre époque, ont fait voir que cette position n'était le propre que des multipares. Sur vingt-cinq autopsies pratiquées par Lorrain sur des filles venues au monde privées de vie, il a trouvé six fois l'utérus droit, six fois en état d'antéversion, onze fois en celui de rétroversion, deux fois, enfin, en latéroversion.

Rien de plus commun que de noter des déplacements liés aux mutations des organes pelviens, à l'état de plénitude de la vessie et de l'ampoule rectale. De là la fréquence extrême des déviations utérines chez les nouveau-nés.

La connaissance de ces faits est très-importante, car seule elle permet de faire une bonne étude de ces mêmes déviations de l'utérus, à tous les âges de la vie.

De tout temps on s'est préoccupé de l'influence qu'exerce sur la santé la direction de l'utérus. A une époque pré-historique, on avait déjà acquis la notion de l'influence de ces déviations, qui sont étudiées dans le deuxième livre des femmes, attribué à tort à Hippocrate, car il n'est qu'un écho de l'école Cnidienne. Jusque dans ces derniers temps, on n'avait cessé d'attribuer à ces déplacements de l'organe gestateur un rôle capital en gynécologie. Aujourd'hui on est bien revenu de cette erreur, car on ne peut faire un pas dans la pratique sans rencontrer des déviations qui ne donnent lieu à aucune souffrance, à aucune perturbation fonctionnelle.

A l'état normal, l'utérus est situé sur la ligne médiane du corps. Malgré l'action des ligaments antagonistes qui le maintiennent, il n'est pas moins sujet à des déplacements nombreux en avant, en arrière, à droite, à gauche, à des mouvements relativement étendus de translation, de rotation sur son axe, déplacement, déterminés par l'amplitude exagérée des viscères pelviens, ainsi que par l'état inflammatoire soit de l'organe lui-même, soit de ses annexes. Il n'est pas d'inflammation qui ne s'accompagne de déviation, que cette inflammation se produise dans les ligaments larges, dans les ligaments utéro-sacrés, dans les tractus fibreux, si bien étudiés par Legendre, qui s'étendent de la vessie au col et un peu au corps de l'utérus, et qui constituent une sorte d'axe de sustentation de l'organe gestateur. Les récentes recherches des gynécologistes ont

démontré que c'est aux affections inflammatoires, développées du côté de ces annexes, qu'il convient de rapporter bon nombre de déviations rapportées fort à tort, autrefois, à l'organe gestateur lui-même.

Chez les filles, la stabilité de l'utérus est plus grande que chez les femmes. La parturition, en effet, a pour conséquence de produire un relachement des ligaments. C'est pour cette raison que, dans ces deux conditions différentes de la femme, la hauteur de la matrice n'est pas la même.

Pour faire l'étude des déplacements de l'organe, il fallait commencer par préciser sa position dans l'état de santé. C'est ce que se sont efforcés de faire quelques expérimentateurs.

Velpeau et Richet se sont livrés à de nombreuses recherches, pour déterminer la hauteur que l'utérus occupe dans le vagin. Ils ont pris pour point de départ les bords libres des grandes lèvres. Or, chez les scrofuleuses, ces mêmes lèvres sont très-développées. Il en est de même chez les prostituées. Par contre, elles sont petites chez les femmes sanguines. On comprend que l'infidélité de ce point de repère ne pouvait conduire qu'à des résultats incertains. Aussi, dans les données fournies par ces chirurgiens, trouve-t-on des écarts variant de 0,02 à 0,03.

MM. Bernutz et Goupil ont effectué ensemble, à Lourcine, de très-nombreuses mensurations, puisqu'elles ont porté sur 305 filles ou femmes. Dans la position horizontale, leurs recherches ont fourni les résultats suivants : ils ont trouvé une longueur moyenne de 0,054 du col au bord antérieur du vagin. Cette mesure, à 0,01 d'écart près (condition assez rare, du reste), est propre aussi bien aux filles qu'aux femmes. Il est bon d'observer, toutefois, que l'accouchement semble rendre cette mesure tout à fait normale.

Lorsque la mensuration est effectuée debout, la hauteur de l'utérus est de 0,054, chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Chez les mères, on trouve quelquefois un abaissement de 0,01. Lorsqu'on relève 0,02 d'écart, il y a lieu de le rapporter à une cause pathologique.

Le fond de l'utérus s'incline en avant dans la station verticale. Il se porte en arrière, lorsque la femme est étendue horizontalement. Cruveilhier, qui a bien étudié la statique de l'utérus, disait que cet organe était dans un état indifférent. Il ne lui reconnaissait pas d'axe. Il devenait donc irrationnel, selon lui, de lui rapporter les accidents mis sur le compte des déviations, qu'on a occasion de relever sur tant de femmes bien portantes.

L'historique des déviations utérines compte plusieurs stades. Dans la première phase, qui remonte à Hippocrate et s'étend jusqu'à la Renaissance, on fait jouer un très-grand rôle à l'utérus dans la production des affections de la femme. On considère cet organe comme lié, par des fibres, aux différents viscères abdominaux. C'est à lui que se rattachent toutes les manifestations nerveuses et hystériques. Gallien, déjà, réagit contre cette manière de voir, et démontra que les ligaments ne se prêtaient pas à cette extension de l'utérus à l'estomac.

On est étonné, d'ailleurs, de trouver, dans les écrits du père de la médecine, des connaissances assez étendues sur les affections de l'organe gestateur. C'est ainsi que, dans son deuxième livre sur les maladies des femmes, il signale la position respective du col et du corps de l'utérus. On y relève même l'indication des pessaires à bâtonnets ou à tiges, en bois et en plomb. Le pal de Valleix trouve donc son origine jusque dans les écrits hippocratiques.

Depuis la Renaissance jusqu'à Velpeau, on ne pratiquait guère le toucher que chez les femmes souffrantes. En constatant la fréquence des déviations, on en vint à tout leur rapporter, sans se préoccuper de l'état d'inflammation des annexes de l'utérus. Lisfranc contribua puissamment à répandre ces erreurs, si préjudiciables à la femme, en faisant prédominer la théorie des engorgements utérins. Il ne savait pas distinguer la souffrance de l'utérus de celle de ses annexes. Velpeau, le premier, démontra l'extrême rareté des engorgements de Lisfranc, et porta aux chirurgiens le défi d'en présenter de bien réels.

Il fit voir, par de nombreuses autopsies, que de prétendus engorgements, constatés pendant la vie, étaient dus à des phlegmasies péri-utérines, qui avaient déterminé des déviations, l'utérus lui-même restant dans des conditions normales. Velpeau a pu convaincre et entraîner la jeune école, mais bon nombre de vieux praticiens sont restés fidèles au mode de voir de Lisfranc.

Ainsi que Cruveilhier, Velpeau a soutenu que l'utérus n'a pas d'axe. Cette opinion a été partagée par P. Dubois. Cet illustre accoucheur a constaté, chez une foule de jeunes femmes, des déviations utérines ne donnant lieu à aucun trouble fonctionnel. Ainsi consacrées, les opinions de Velpeau ont trouvé de nombreux adhérents. Mais une génération nouvelle est revenue à une observation rigoureuse des faits. Aujourd'hui on est fixé sur la question des déviations. On sait qu'elles sont souvent sous la dépendance des phlegmasies de voisinage, et que ce n'est pas impunément qu'on entreprend de redresser l'organe, au moyen des pessaires intra-utérins, lorsque ces déplacements sont occasionnés par l'inflammation plus ou moins prononcée de ses annexes. Des cas de morts trop nombreux, occasionnés par les pessaires de Kivisch, de Simson, de Valleix, ont ouvert les yeux des chirurgiens. Aussi a-t-on fini par renoncer à leur emploi, à part de très-rares exceptions, qui s'appliquent à des cas où un traitement direct paraît nécessaire, en l'absence de toute complication inflammatoire des annexes.

Dr Angelot.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. le professeur Gosselin.

§ 1. Phlegmon diffus, présumé en rapport avec le diabète sucré. — Glycosurie passagère, et glycosurie simulée.

Un jeune homme âgé de trente ans, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital avec un phlegmon diffus développé autour du tendon d'Achille, et dénudation d'une partie de ce tendon. Cet état a paru grave, en raison d'une affection qui a semblé donner naissance à cette manifestation locale. Au moment de l'entrée du malade dans le service, on a analysé les urines, dans lesquelles on a constaté la présence d'une notable proportion de sucre.

La plaie du pied va beaucoup mieux, contre toute attente. Mais voilà qu'une nouvelle analyse de l'excrétion urinaire n'a plus fourni aucune trace de glycose. A-t-on eu affaire, dans ce cas, à un diabète sucré passager, forme particulière qui, paraît-il, se produit quelquefois, ou à une glycosurie simulée?

Il est difficile de trancher cette question. Il est bon de savoir, en effet, que certains habitués des hôpitaux, sachant que les diabétiques sont soumis à un traitement très-tonique, dans lequel le vin entre dans de fortes proportions, ont soin de se procurer du sucre de canne, qu'ils font dissoudre dans leurs urines. Pour se mettre en garde contre ce genre de fraude, il est une précaution bien simple à prendre. C'est de faire uriner le malade suspect au moment même où l'on procède à l'examen de l'urine.

§ 2. Orchite uréthrale, suite du cathétérisme.

Il y a, en ce moment, dans le service quelques cas d'orchites uréthrales, c'est-à-dire occasionnées par le cathétérisme. Trois de ces malades sont surtout intéressants.

Le premier a une orchite bilatérale à marche lente. La suppuration est à craindre.

Le second, âgé de quarante-deux ans, était atteint d'un rétrécissement qui a été négligé pendant quinze ans. Quelques jours après son premier cathétérisme, il s'est formé une épididymite, qui comptait cinq jours d'invasion quand cet homme s'est décidé à entrer à l'hôpital. Il est dans le service depuis quinze jours et la maladie ne marche pas vite vers la résolution.

Le troisième malade a subi la ponction de la vessie par le trocart courbe. Une sonde à

demeure a été posée dans le réservoir urinaire. A part un peu de phlegmon diffus, au voisinage de l'ouverture hypogastrique, ce malade ne va pas mal du côté de l'affection vésicale. Hier il a pu uriner un peu par l'urèthre. Mais les manœuvres du cathétérisme ont développé chez lui une orchite uréthrale droite des plus douloureuses.

La résolution est la règle dans les cas dont il s'agit : mais on voit encore quelquefois survenir une suppuration qui prend son siége soit dans l'épididyme, soit dans la tunique vaginale.

L'enseignement pratique qui ressort des faits qui précèdent, c'est que les manœuvres auxquelles se livre le chirurgien pour donner issue aux urines, ou pour combattre un rétrécissement du canal, peuvent donner lieu à une épididymite uréthrale, affection parfois très-douloureuse, souvent d'une assez longue durée, et susceptible d'aboutir à la suppuration.

§ 3. — Mammite post-puerpérale généralisée.

La jeune femme qui présente cette douloureuse affection est accouchée heureusement, il y a vingt-deux jours. Elle a voulu nourrir son enfant. Or, comme les bouts des seins sont à peine saillants, les efforts de succion ont bientôt donné lieu à des gerçures si douloureuses, qu'au bout de huit jours il a fallu renoncer à l'allaitement.

Le sein droit s'est à moitié dégorgé, mais le gauche a acquis un volume démesuré. Il est très-dur, douloureux, et la peau, dans toute son étendue, présente une teinte rouge érysipélateuse.

Est-il possible d'expliquer une inflammation aussi généralisée ?

On en trouve le point de départ dans les excoriations du mamelon. L'inflammation se sera transmise, d'une part, par le réseau des vaisseaux lymphatiques cutanés ; de là l'état érysipélatoïde de la peau de cette région, envahie dans sa totalité ; d'autre part, la transmission de la phlegmasie dans la totalité des lobes mammaires s'est faite par l'intermédiaire des canaux galactophores.

Il est rarement donné de voir une mammite ainsi généralisée, et accompagnée d'une complication cutanée aussi prononcée.

La mammite a cela de particulier qu'elle tend bien plus à la suppuration qu'à la résolution. En raison de l'étendue des tissus envahis, il y a tout lieu de croire que cette femme présentera un certain nombre d'abcès. A mesure que la suppuration se réunira en foyers isolés, on aura soin de les évacuer par l'aspiration sous-cutanée, qui constitue le meilleur mode de traitement de ces sortes de collections.

Dr Ch. Ferrand.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Étude chirurgicale sur la gastrotomie et la gastro-stomie,

par le Dr J. H. Pooley, professeur de chirurgie au Starling medical College, à Columbus (Ohio), 1876 (1).

GASTRO-STOMIE.

Je ne chargerai pas ce travail par plus de détails sur ces observations, d'autant plus, qu'un résumé de tous ces cas a été publié récemment par le Dr Jacobi, dans le *New-York medical Journal*, d'août et septembre 1874. Qu'il suffise de dire que tous les malades moururent, la moyenne de la vie après l'opération ne dépassant guère trois jours, le plus long intervalle ayant été de trente jours et le plus court de quatorze heures. Dix moururent d'épuisement, il y eut, dans deux cas, des preuves marquées de péritonite, et dans deux cas, les sutures qui réunissaient l'estomac aux parois abdominales avaient cédé. Celui qui survécut trente jours mourut de broncho-pneumonie. Dans treize cas, le rétrécissement a été dû à une maladie maligne, dans un cas à la syphilis et dans un autre il a été causé par un poison corrosif.

(1) Suite. Voir les numéros des 1er et 15 décembre 1876 et 1er janvier 1877.

Tableau des opérations de gastro-stomie pour obvier au rétrécissement œsophagien.

Numéros.	DATE	SEXE.	AGE.	NATURE DU RÉTRÉCISSEMENT	MANUEL OPÉRATOIRE	TRAITEMENT CONSÉCUTIF	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT	OPÉRATEURS, AUTORITÉS, REMARQUES, ETC.
1	1849	H.	52	Epithéliome.....	Incision cruciale...	Fomentat. chaudes, lavements nutr.	Mort en 18 heures.	Epuisement; légère péritonite.	Sédillot, *Contribution à la chirurgie*, vol. II, p. 484.
2	1853	H	58	Maladie maligne....	Id.	Id.	Mort en 10 jours...	Epuisement et péritonite.	Sédillot, *Contribution à la chirurgie*, vol. II, p. 494.
3	1854	H.	55	Id.	Incision transversale.	Injections nutr. par un tube en verre	Mort en 58 heures.	Id.	E. Feng r, de Copenhague, *Arch. f. path. anat. and phy.*, vol VI, p. 354, 1854.
4	1858	H.	47	Epithéliome.....	Incision longitudinale.	Injections nutr. par un tube en caout.	Mort en 44 heures.	Id.	Cooper Forster, *Guy's hosp. reports*. vol. IV. p. 13, 1858.
5	1859	H.	4	Rétrécciss. par un liq. caustique.	Id.	Id.	Mort le 4e jour.....	Péritonite.....	Cooper Forster, *Guy's hosp. reports*, vol. V, p. 1, 1859.
6	1860	F.	44	Epithéliome.....	Id.	Tube à entonn. placé dans l'estom.	Mort en 36 heures.	Epuisement.....	Sydney Jones, *Trans. path. Society*, vol. II, p. 101.
7	1866	H.	57	Id.	Incis. longit. sous l'éther en pouss.	Rien de spécial.....	Mort en 32 heures..	Id.	T. B. Curling, *London hospital reports* vol. III, p. 248.
8	1866	H.	61	Id.	Incision longitudinale.	Id.	Mort en 13 jours...	Broncho-pneumon.	Sydney Jones, *Lancet*, vol. II, 1866, p. 665.
9	1868	H.	70	Id.	Incision longitudinale.	Id.	Mort en 16 heures..	Epuisement.....	Durham, *Guy's hospital reports*, 3e série, vol. XIV, p. 195.
10	.....	H.	...	.....	Incision oblique...	.....	Mort en 5 jours....	Sans relation avec l'opération.	*Bryant's Surgery*, p. 293.
11	1869	H.	25	Syphilis.....	Id.	Aucun.....	Mort en 14 heures..	Epuisement.....	F. F. Maury, am. *Journ. med. sciences*, april 1870, p. 365.
12	1869	F.	51	Maladie maligne ...	Incision cruciale...	Lavements nutrit...	Mort le 3e jour.....	Id.	John Lowe, *Lancet*, july 22, 1871, p. 119.
13	1867	H.	50	Epithéliome.....	Incision rectiligne.	Id.	Mort le 3e jour.....	Id.	Francis Troup Ed., *Med. journal*, july 1872, p. 36.
14	1867	F.	54	Id.	Incision oblique. .	Id.	Mort en 47 heures.	Id.	Von Thaden, *Schmidt's jahrbücher*, vol. 136.
15	1874	F.	...	Maladie maligne...	Incision longitudinale	Id.	Mort en 9 jours.....	Id.	Jacobi, New-York, *Med. Journ.*, aug. and. sept., 1874.
16	1872	H.	38	Epithéliome.....	.....	Nourri à l'aide d'un tube en caoutch.	Mort en 1 semaine	Péritonite.....	M. Thomas Smith, *Med. times and Gazette*, june 22, 1872; et *Lancet*, id.
17	1872	H.	40	Cancer.....	.....	Id.	Mort en 45 heures..	Epuisement.....	M. Mac-Cormac, mêmes ouvrages.
18	1872	H.	...	Epithéliome.....	.....	Id.	Mort en 6 jours	Epuisement	M. Legros, Clark, mêmes sources.

Ayant vu que les blessures de l'estomac, quoique faites sans ménagement, ne sont pas nécessairement mortelles; que la gastrotomie pour l'extraction des corps étrangers ne donne qu'une mort sur onze cas; que la vie humaine a pu se prolonger sans dérangement pendant de nombreuses années, malgré l'existence d'une fistule stomacale, et cela, dans des cas nombreux, et sachant bien que les animaux inférieurs endurent cet état avec une immunité complète, on doit déclarer, à première vue, que les résultats de ce tableau sont tout à fait inattendus et inexplicables. Il me paraît clair qu'on doit en rechercher l'explication, seulement dans l'état de faiblesse, et en plusieurs cas dans l'état mourant des malades qu'on a opérés. Il semble que, dans aucun cas, l'opération n'a hâté le dénoûment fatal, tandis que, dans plusieurs cas, elle a prolongé l'existence, à n'en pas douter ; dans les autres, elle a mitigé les souffrances vraiment horribles de la faim et de la soif.

C'est un fait plein de signification, que chacun de ceux qui ont opéré paraît avoir été plus fermement convaincu après qu'avant, de l'opportunité de son opération et n'exprime qu'un regret, celui de n'être pas intervenu plus tôt.

M. Bryant dit : « Dans mon propre cas, l'homme survécut encore cinq jours; l'opération n'avait en rien contribué à la mort et la plaie était complétement guérie. Je crois que l'opération n'a pas réussi jusqu'ici, parce qu'elle a été différée trop tard. C'est de la même façon que la colotomie a échoué jusqu'au moment où on s'est mis à la faire plus tôt. Mettez du côté de la gastro-stomie les mêmes chances que du côté de la colotomie, et elle prendra bientôt droit de cité dans la chirurgie. »

Ces mots de M. Bryant expriment, à mon avis, la conclusion légitime qu'on doit tirer de l'examen impartial du sujet. Cette opération ne doit pas encore être abandonnée, mais il faut que les chirurgiens aient le courage de proposer, et si les malades s'y soumettent, d'exécuter l'opération plus tôt, avant que la vitalité soit épuisée au point de fermer la porte à tout espoir de rétablissement, car les malades ne meurent pas de l'opération, mais de ce que le soulagement arrive trop tard.

Ces occasions ne seront pas fréquentes, car il est difficile de vaincre la force d'inertie des chirurgiens eux-mêmes, si complétement découragés devant une perspective aussi peu encourageante pour la gloire qu'on peut en retirer et, parce que aussi, les malades sont toujours prêts à accepter des délais, même au péril de leur vie. Néanmoins, nous devons insister sur la nécessité qu'il y a de faire encore une tentative dans des conditions plus favorables et selon les résultats, de consacrer l'opération ou de l'abandonner.

Certainement dans la majorité des cas, c'est seulement un palliatif, et à cause de cela, quelques personnes prétendent qu'elle n'est nullement justifiable et disent que ce n'est tout au plus qu'un raffinement de cruauté. De telles objections ne peuvent se réfuter qu'en traduisant en bon français la logique qu'elles supposent, laquelle est celle-ci : si les gens doivent mourir, le plus tôt sera le mieux.

Bien qu'entièrement convaincu que cette opération est opportune et justifiable, il n'est pas aisé, comme on pourrait le supposer, d'en formuler les indications. Beaucoup, sinon tout, doit être laissé à l'appréciation individuelle. Mais nous pouvons poser ceci, comme règle générale et approximative, que lorsqu'il est évident que le rétrécissement de quelque nature qu'il soit, étant d'un caractère progressif, en est arrivé au point de gêner l'alimentation du malade, c'est alors qu'il faut opérer. On trouve dans l'histoire de plusieurs cas de rétrécissement œsophagien, un fait très-embarrassant, c'est qu'après que la déglutition a été impossible pendant plusieurs jours et que la mort semble imminente, tout à coup, et sans cause visible, il se produit une amélioration, le patient avale de nouveau des aliments et se remet pour quelque temps, et dans quelques cas, même pour un temps très-long. Or, disent quelques praticiens, si vous opérez, excepté à la dernière extrémité, comment savez-vous si cette amélioration ne se serait pas

produite en attendant? Je réponds que nous ne le savons pas et que nous n'avons pas besoin de le savoir; ces occurrences sont des faits trop rares et trop exceptionnels pour servir de règle de conduite convenable aux hommes raisonnables; car une telle balance de possibilités, plutôt que de probabilités, paralyserait, en définitive, tout effort humain. En outre, il reste à voir si la gastro-stomie faite à propos est une opération si dangereuse qu'elle réclame ces précautions extrêmes.

Revenons, pour un instant, aux causes qui réclament cette opération et qui influent sur ses résultats. Ainsi que nous l'avons vu, seize des dix-huit cas relatés ont été opérés comme maladies cancéreuses, parmi lesquelles, dix sont décrites comme épithéliales, forme de maladie maligne, la plus lente à affecter l'économie générale, et qui admet quelquefois une prolongation indéfinie de la vie, à moins qu'elle n'occupe un organe essentiel à l'existence; dans ce cas, nous sommes réduits à l'alternative d'observer les souffrances horribles et la mort du malade, non-directement par les progrès de la maladie, mais par la famine, avec la certitude que la vie serait encore possible pour un temps considérable au moins, si l'on pouvait lui faire prendre des aliments.

En même temps, comme les efforts pour avaler deviennent plus difficiles et plus pénibles, ils deviennent aussi plus irritants pour la maladie qu'ils aggravent à leur tour. Tandis que d'autre part, si l'on pouvait établir en toute sécurité une fistule gastrique, il n'est pas douteux, que dans beaucoup de cas, le repos qui serait ainsi procuré à l'œsophage, le mettrait à même de reprendre ses fonctions, au moins en partie, au bout d'un certain temps. Dans le cas de rétrécissement syphilitique le répit obtenu par l'opération pourrait donner le temps d'attendre une cure complète; dans le cas de rétrécissement par l'effet des substances corrosives, ce qui se présenterait vraisemblablement chez les enfants, quoiqu'il y eût peu d'espoir d'arriver à la restauration du canal, si le rétrécissement était complet, cependant tout semblerait préférable à l'alternative de le voir mourir de faim; et il serait possible de prolonger son existence.

Sous ce rapport il y a un fait très-curieux qui mérite d'être mentionné en passant. Bardeleben trouva que la vie se conservait parfaitement chez les chiens porteurs d'une fistule gastrique, mais qui prenaient de la nourriture par la voie naturelle, tandis que pour un chien, chez lequel il avait oblitéré l'œsophage, après l'établissement d'une fistule gastrique, il fut impossible, malgré tous les soins, de prolonger la vie au-delà d'un an. Cette observation étant unique a peu de valeur pratique, mais elle est curieuse et intéressante.

Pour conclure, il reste seulement à parler de l'opération en elle-même. Sédillot, son inventeur, qui employait une incision cruciale, n'a été imité que par un seul opérateur, M. Low, du Norfolk and Lyun hospital. Je ne vois pas d'avantages à retirer de cette forme d'incision, tandis qu'elle a des inconvénients patents, on peut donc la laisser de côté. On dit que Fenger, chirurgien de Copenhague, a fait une incision tranversale, mais je n'ai pu me procurer les détails de l'opération et je suis disposé à croire que cette méthode ne vaut pas mieux que la précédente (1). Huit opérateurs ont fait une incision rectiligne verticale le long de la ligne semilunaire gauche, à partir du cartilage des fausses côtes, plus ou moins haut, selon leur fantaisie, sur une étendue de trois à quatre pouces. C'est la méthode décrite dans la chirurgie opératoire de Maunder (London 1870) sous le nom de gastrostomachotomy.

Malgré la préférence générale qui lui a été accordée, je ne pense pas que ce soit la meilleure méthode.

Plusieurs opérateurs parlent de difficultés considérables pour atteindre l'estomac par cette incision, et dans les exercices que j'ai faits sur le cadavre, je l'ai

(1) Dans trois cas, le mode opératoire n'est pas indiqué.

trouvée, en effet, très-mal commode. On ne doit pas perdre de vue qu'une incision qui serait excellente pour la gastrotomie servant à l'extraction des corps étrangers, pourrait ne pas être aussi commode pour ce cas. Outre que nous n'avons pas un corps étranger pour nous guider par sa masse et sa dureté, nous avons à rechercher un estomac vide et contracté sur un sujet émacié, chez lequel il est retiré sous la voûte diaphragmatique. Il faut en outre une incision qui nous permette d'attacher l'estomac aux parois abdominales avec le moins de tiraillements possibles.

Du reste, cette tension des sutures semble avoir été la cause principale du résultat fatal des deux opérations de Sédillot et du second cas de Cooper Forster; et on peut le voir très-facilement dans le diagramme de l'aspect trouvé à l'autopsie, dans le premier cas de ce chirurgien, publié dans le *Guy's Hospital reports*.

Cette tension peut être augmentée par le soin anxieux qu'ont montré quelques chirurgiens d'ouvrir l'estomac le plus près-possible de son extrémité cardiaque. Ceci peut-être théoriquement de quelque importance, mais il est bien plus important de tirailler l'organe le moins possible. Il est indubitable que la meilleure règle sera d'ouvrir l'estomac au point qui donnera lieu au moins de tiraillement et de tension. Prenant toutes choses en considération, ce qu'il y a de mieux est une incision oblique, parallèle au cartilage des côtes et s'étendant en haut vers l'appendice xyphoïde, ainsi que l'a pratiquée Bryant et que l'a décrite spécialement Maury, le premier opérateur américain.

Le Dr Maury décrit cette incision ainsi qu'il suit : « Une incision curviligne, dont la convexité regardait la ligne médiane, fut commencée à l'extrémité externe du septième espace intercostal et prolongée en bas et en dehors, sur une longueur de six pouces, qui mit à découvert la gaîne du muscle droit. » Quelle que soit la forme d'incision choisie, on procède de la surface aux parties profondes, couche par couche, jusqu'à la cavité péritonéale, que l'on ouvre sur une sonde cannelée. Lorsqu'on voit distinctement l'estomac, on transperce sa paroi antérieure sur le point le plus convenable avec deux ligatures munies d'une aiguille à chaque bout et passées à une distance d'un pouce l'une de l'autre. On fait entre elles l'ouverture, et elles servent à fixer les tuniques de l'estomac aux parois abdominales. A cause du danger que l'on court de déchirer les tuniques de l'estomac avec les sutures, il serait peut-être prudent d'introduire une canule courte et large, avec de larges épaules ou flancs. Pendant les jours qui suivent l'opération, il convient de ne pas faire entrer d'aliments dans l'estomac. On soutiendra le malade à l'aide de lavements nutritifs, ce qui donnera le temps aux parois de l'estomac de contracter des adhérences avec les parois abdominales. On administrera tous les médicaments par la voie hypodermique.

Quand on introduira pour la première fois des aliments dans l'estomac, on les donnera en petite quantité, sous une forme liquide et aisément assimilable, tels que lait, thé de bœuf, œufs, et avec ou sans addition de produits alcooliques, selon que le cas l'exigera.

De l'alimentation et du traitement des petits enfants atteints de catarrhe intestinal aigu, par le professeur Rodolphe Demme, de Berne.

C'est avec raison que l'auteur attache la plus grande importance à l'alimentation des petits enfants atteints de cette maladie. Aussi, lui a-t-il consacré un travail spécial basé sur les remarques assez nombreuses qu'il a été à même de faire. Il lui a été donné, dans un laps de douze ans et demi, de traiter, à l'hôpital Jenner, de Berne, spécialement consacré aux enfants, soixante et onze petits malades. De ces soixante et onze enfants, âgés de quelques semaines à deux ans, quarante-neuf ont guéri, vingt-deux ont succombé. Parmi les premiers, vingt-neuf étaient âgés de quelques jours à dix semaines révolues. Parmi les autres, dix-sept avaient de deux

mois et demi à deux ans. Sur ces quarante-six enfants, neuf seulement avaient été allaités à domicile, avant leur admission à l'hôpital; les autres avaient eu, dès leur naissance, du lait de vache ou de la crème, coupés avec de l'eau, ou, dans quelques cas, avec du café. Très-souvent ces enfants avaient pris, dès les premiers jours de leur vie, une ou deux fois par jour, de la bouillie, le plus souvent faite avec de la farine. On peut donner comme cause du catarrhe intestinal, dans tous ces cas presque sans exception, une alimentation non convenable, ou du moins qui n'était pas appropriée à la constitution de l'enfant.

Or, se fondant sur son expérience, l'auteur admet que chez tous les enfants atteints de catarrhe intestinal, à l'exception du lait de la mère ou d'une nourrice, qui constitue la nourriture par excellence, il faut complétement rejeter le lait, tant de vache que de chèvre.

En effet, au début des catarrhes intestinaux aigus, spécialement pendant les premiers mois de la vie des enfants, on retrouve dans les garde-robes le lait de vache, sous forme de masses caillées non digérées, ou très-peu transformées. Cette affection détruit la formation et l'action normale du ferment de l'estomac, dont la digestion est dès lors complétement altérée, et les parties constitutives du lait, qui traversent le tube digestif, agissent, en conséquence, comme des corps étrangers qui irritent la muqueuse intestinale, y subissent une fermentation putride et déterminent la formation continue de ces garde-robes aqueuses, à odeur putride, qui épuisent les forces des enfants. Il n'en est pas moins singulier que, à de très-rares exceptions près, le lait humain n'exerce pas d'influence fâcheuse sur les fonctions de la digestion stomacale, aussi, l'explication d'un tel fait ouvre-t-elle un vaste champ de recherches physiologico-chimiques.

Le lait condensé constitue un aliment un peu moins fâcheux que le lait frais de vache dans les catarrhes aigus des enfants. Toutefois, il n'est pas convenable comme nourriture principale, son énorme quantité de sucre accélérant et augmentant la fermentation et la décomposition putride du contenu des voies digestives. Il va sans dire qu'au même point de vue la farine Nestlé, d'ailleurs excellente pour l'alimentation des petits enfants bien portants, la soupe Liebig, et les préparations analogues, combinées avec le lait, doivent être rejetées pour la nourriture des enfants atteints de catarrhes intestinaux aigus.

Voici les faits qui constituent la démonstration pratique de la manière de voir de M. R. Demmé. Sur les quarante-six enfants, ayant au plus dix semaines, traités pour cette maladie, quinze avaient pris, avant leur entrée à l'hôpital, du lait condensé, étendu soit d'eau pure, soit d'eau de riz. On ne put continuer cette alimentation que chez deux d'entre eux pendant toute la durée de leur catarrhe intestinal, tandis que, chez les treize autres, il fallut y substituer, dès le deuxième ou le troisième jour, l'alimentation dont il sera bientôt question. Dix-neuf avaient pris de la farine Nestlé, convenablement étendue, comme nourriture exclusive. Dès leur entrée à l'hôpital, deux seulement supportèrent bien cette alimentation, et purent la continuer pendant toute la durée de leur affection catarrhale, tandis que chez tous les autres, on dut également recourir à l'aliment conseillé par M. Demme. Les douze derniers petits malades avaient pris, avant leur entrée à l'hôpital, de la soupe Liebig, ou du lait de vache coupé avec une légère infusion de camomille ou de bouillon blanc, ou avec de l'eau de riz, ou enfin de la crème étendue d'eau simple. Ces divers genres d'alimentation se montrèrent plus défavorables encore et ne purent être continués.

Les vingt-cinq enfants plus âgés, qui furent traités du catarrhe intestinal à l'hôpital Jenner, montrèrent une moindre susceptibilité à l'égard de la continuation de la diète lactée, sous telle ou telle forme. Toutefois, chez eux aussi la substitution de l'alimentation suivante se montra bien plus convenable, en abrégeant la longeur de la maladie.

L'auteur fait remarquer, concernant les plus jeunes enfants, qu'à l'hôpital Jenner

on n'admet jamais de nourrices, de sorte qu'on est forcé d'avoir recours à l'alimentation artificielle.

Voici l'alimentation actuellement employée dans cet hôpital, pour les plus jeunes enfants atteints de catarrhe intestinal aigu :

On prend deux fois par jour de un quart à une livre de viande de bœuf, aussi privée de graisse que possible, on la coupe en tout petits morceaux, on l'infuse à froid pendant une heure, dans un kilog. et demi d'eau, puis on expose le tout au feu jusqu'à ce que le liquide soit réduit à un quart; après avoir enlevé la couche de graisse qui se forme par le refroidissement, puis filtré ce qui reste, on laisse complétement refroidir ce thé de bœuf.

Toutes les fois que l'on veut donner de ce bouillon, ce qui doit avoir lieu par très-petites portions et toutes les deux ou trois heures, sans le faire rechauffer de nouveau, on le mélange avec de l'eau de riz ou d'orge, plus ou moins épaisse, préparée chaque fois exprès, en faisant bouillir, pendant quelques minutes consécutives, une très-petite quantité de riz ou d'orge avec de l'eau. Si les enfants sont très-altérés, on leur donne en outre, dans l'intervalle, de l'eau de riz ou d'orge pure et sans aucune adjonction de sucre. Si les enfants refusent cette décoction de riz ou d'orge avec ou sans bouillon, le professeur Demme passe aussitôt à l'alimentation avec de l'eau albumineuse, qu'on prépare en battant un ou deux blancs d'œufs dans une écuelle, puis en y ajoutant, pendant qu'on remue lentement, de l'eau par très-petites quantités successives, ce qui produit un liquide bien mélangé, mucilagineux et sans goût. Comme ces enfants sont très-altérés, ils prennent ce liquide sans aucune difficulté.

Pour les enfants de une à dix semaines, l'auteur emploie de un quart à une demi-livre de viande par jour, pour leur bouillon. Un, deux ou trois blancs d'œufs, suivant l'âge des petits malades, suffisent pour une quantité totale de liquide de 180 à 720 grammes ingérée dans les vingt-quatre heures.

Dès que les forces des enfants déclinent, M. Demme substitue à l'eau de riz ou d'orge ou de blancs d'œufs, des quantités convenables d'un cognac, aussi pur que possible, à la dose de 5 à 30 gouttes, de 3 à 5 fois par jour, sans aucun égard aux températures, même élevées, des petits malades. L'expérience lui a démontré que le cognac est, presque sans exception, aussi bien supporté par les enfants âgés de quelques semaines ou de quelques jours que par les plus âgés, et que l'état fébrile de l'organisme, chez ces jeunes sujets, loin d'être augmenté, en est plutôt diminué. Dans ces conditions, le cognac, tout en servant d'aliment, agit bien plus efficacement que le musc, le camphre et les autres médicaments excitants.

Si, chez les enfants plus âgés, on juge convenable de continuer l'emploi du lait, on peut très-bien le couper avec de l'eau de riz ou d'orge, ou avec du café de riz ou d'orge, qu'on obtient en torréfiant légèrement ces substances, en les pilant dans un mortier, puis enfin en en faisant une décoction.

Quant à l'alimentation d'enfants atteints de catarrhe intestinal aigu, au moyen d'aliments solides, tels que de la viande râpée très-fin, l'auteur, basé sur ses expériences nosocomiales, en est complétement revenu.

Au point de vue des médicaments, le professeur Demme s'est très-bien trouvé, contre les diarrhées séreuses profuses, de très-petites doses de calomel additionné d'opium à doses plus faibles encore. Parfois aussi, il a eu recours, avantage, au nitrate d'argent uni à la glycérine, avec adjonction d'une petite quantité d'opium.

Voici, d'ailleurs, les formules qu'il emploie pour l'un et pour l'autre de ces médicaments :

Pr.	Opium.....	0,01	à 0,02
	Calomel.....	0,05	0,075
	Poudre de gomme.....	} aa. 1,5	
	Oléosaccharure de fenouil.		

M., faites une poudre; divisez-la de 10 à 15 parties égales.

D., toutes les deux ou trois heures, un paquet dans une cuillerée à thé d'eau cuite.

Pr. Nitrate d'argent cristallisé.....	0,01 à 0,025
Laudanum liquide de Sydenham.	2 à 3 gouttes.
Glycérine pure.....	5, 0
Eau distillée.....	25,0

M. D. dans un flacon noir. Toutes les deux ou trois heures, une demie à une cuillerée à café. Si l'on peut se passer d'opium, l'auteur y voit un avantage pour la conservation des forces des petits malades. Il faut s'abstenir des anciens traitements qui ne sont nullement convenables dans cette maladie, à cause du tannin, du bismuth et des astringents végétaux qui ne peuvent qu'irriter la muqueuse intestinale et prolonger certainement le terme de la guérison.

Il va sans dire que la méthode d'alimentation recommandée pour les enfants atteints de catarrhe intestinal aigu, convient également chez ceux qui présentent la forme chronique : chez ces derniers, M. R. Demme s'est particulièrement bien trouvé de l'usage continu d'eau albumineuse avec du cognac, associée au traitement médicamenteux convenable.

Dr Cornaz, de Neufchâtel, Suisse.

OBSTÉTRIQUE.

—

Dystocie par angustie pelvienne. — *Insuccès de divers agents de préhension associés au tracteur mécanique. — Double application du céphalotribe non suivie d'effet, au point de vue de l'extraction. — Insuccès d'une première tentative de version. — Bons effets résultant d'un changement de main. — Incertitudes des données pelvimétriques. — Infidélité d'action du céphalotribe appliqué au-dessus du détroit supérieur. — Indication du forceps-scie.—Renseignements précieux fournis par le toucher et l'auscultation, concernant le choix de la main, pour la pratique de la version, dans les présentations céphaliques.*

Le 1er janvier 1877, M. le Dr Robinet vint me prier de lui venir en aide auprès d'une de ses malades, en travail depuis trois jours. Cet honorable confrère, qui passe à juste titre pour un habile accoucheur, après avoir effectué en vain une application de forceps, était resté convaincu qu'il faudrait avoir recours au céphalotribe.

Les renseignements commémoratifs que me fournit, en voiture, M. Robinet, ne tardèrent pas à me donner une explication plausible de l'insuccès de ses tentatives.

Il y a quatorze ans, Mme X... avait eu une première et unique couche, qui s'était prolongée pendant sept jours. Le Dr T..., que la sage-femme qui présidait au travail, après de longs délais, s'était enfin décidée à faire appeler, à la suite de nombreuses tentatives stériles, avait fini par prendre le parti désespéré d'envoyer la parturiante à la clinique, où elle avait été délivrée par M. Depaul. A la suite de cet accouchement, Mme X... a été prise de péritonite. Longtemps elle est restée dans l'impossibilité de marcher. Le bassin avait dû être maintenu par un bandage contentif, particularité qui me porte à mettre cette complication sur le compte d'une diduction des symphyses. La convalescence a duré plus de six mois.

C'est avec l'espoir d'obtenir une plus heureuse solution de la grossesse qui était venue, la surprendre, que Mme X...s'était décidée à recourir, dès le premier moment de cette seconde couche, à l'assistance d'un homme de l'art.

La première impression que je ressentis, à mon arrivée auprès de la malade, lui fut en tous points favorable. Mme X... paraît douée d'une bonne constitution : elle est fraîche, bien conformée en apparence, et n'a en rien le cachet d'une femme rachitique. Elle ne porte aucune trace apparente de deux nuits d'insomnie, ni d'un travail aussi long qu'infructueux. Elle est pleine d'énergie, et résolue à se soumettre à toutes les manœuvres nécessaires pour la perpétration de sa délivrance.

Battements fœtaux très-retentissants dans le flanc gauche (OIG). Tête au détroit supérieur. Une tumeur séro-sanguine, aussi consistante qu'étendue, masque complétement sutures et fontanelles.

Selon mon habitude, je me décidai à préluder par une application de rétroceps. Cet instrument est d'une manœuvre facile et rapide. Son innocuité est absolue. Aucun agent de délivrance ne donne lieu à des succès aussi brillants, dans les cas d'angusties pelviennes franchissables.

Je fis donc placer Mme X... dans l'attitude chirurgicale, et procédai à l'application du rétroceps, qui fut effectuée avec une extrême facilité. M'étant assuré, par quelques tractions manuelles, de la solidité de la prise des cuillers, je reliai le manche de l'agent de préhension au tracteur mécanique, et mis en mouvement la vis de traction. Je développai une force croissante, qui ne tarda pas à s'élever jusqu'à 60 kilogr. Le rétroceps n'avait pas la moindre tendance à lâcher prise; mais la tête n'était même pas ébranlée.

Il me sembla inutile de pousser plus loin l'emploi d'une force déjà excessive. Mieux valait tenter l'emploi d'un instrument établi sur des bases différentes. J'enlevai donc tracteur et rétroceps.

Je pris en mains le grand forceps croisé, et en plaçai de mon mieux les cuillers. Le bassin était si étroit, que je crus devoir m'abstenir d'insinuer la totalité de l'une et de l'autre main dans les profondeurs de l'organe gestateur, à l'effet d'assigner une bonne situation à mes cuillers. Je me bornai à les diriger au moyen de quatre doigts, et m'efforçai, selon le même mode, de relever autant que possible la cuiller droite ou antérieure. Malgré toutes mes précautions pour bien effectuer une application oblique gauche du forceps, le défaut de parallélisme des entablements rendait difficile l'articulation des deux leviers. Grâce à l'emploi très-laborieux, je dois le dire, des crochets terminaux, je parvins, cependant, à opérer leur assemblement, que M. Robinet assura en serrant la vis de connexion.

Pour éviter les dangers résultant d'un dérappement possible, aussi bien que pour m'exonérer de tout tribut de la force musculaire, je reliai encore une fois le forceps à l'appareil à traction. Je développai graduellement, et sans le moindre bénéfice, jusqu'à 50 kilogr. de puissance attractive.

Cette seconde épreuve était décisive. Il ne fallait pas songer à une extraction intégrale du produit.

J'enlevai tout l'appareil, et m'armai de mon perforateur, après administration préalable du baptême *in utero*.

Comme il est assez ordinaire, en pareil cas, malgré la précaution que je pris de faire soutenir fortement, par M. Robinet, le fond de l'utérus, pour fixer la tête autant qu'il est possible, ce ne fut pas sans quelque peine que je parvins à traverser la pièce osseuse qui se présenta à la pointe de mon instrument.

La pulpe cérébrale labourée de mon mieux à l'aide de la lame perforatrice, j'appliquai le céphalotribe.

Dans cette circonstance, j'ai pu m'assurer, *de expertu*, de l'avantage résultant de l'une des modifications que j'ai fait apporter dans la construction du forceps-céphalotribe. On sait que, par une disposition particulière (1), j'ai ménagé deux leviers mobiles à l'extrémité des manches de cet instrument, en vue de faciliter le mouvement de torsion, sans lequel, la plupart du temps, ne saurait être effectuée l'articulation des branches.

Dans les cas d'angustie du détroit supérieur, il est loin d'être toujours facile d'assigner aux cuillers une disposition symétrique. J'avais eu beaucoup de peine à marier les deux branches du forceps, malgré l'utile parti que, non sans préjudice pour mes mains, j'avais su tirer des crochets terminaux. Cette tâche fût encore devenue plus difficile avec le céphalotribe ordinaire, dont les manches, aplatis et privés de ces utiles appendices, offrent à la main une prise si peu sûre, au point de vue qui nous occupe. Grâce aux leviers terminaux dont se trouve muni mon nouveau modèle de céphalotribe, cette manœuvre s'exécute aisément et sans aucune violence.

Saisissant donc à pleines mains ces

(1) Voir les nos du 15 mai, du 1er juin et du 1er juillet 1876 de la *Revue de thérap. méd. chir.*

mêmes leviers, j'ai imprimé aux deux branches un mouvement de torsion en sens inverse, qui m'a permis, sans la moindre peine, de ramener les entablements dans une bonne situation. Encore une fois, M. Robinet n'a eu qu'à tourner la vis de rassemblement, et l'articulation a été aussitôt effectuée avec la plus grande facilité.

Je me suis efforcé de remonter les cuillers aussi haut que possible, avec l'espoir de faire porter leur action sur la base même du crâne, puis j'ai mis en mouvement le volant de la vis de constriction.

Cette vis serrée à fond, la substance cérébrale se répandant à mesure au dehors, afin d'éviter à la malade toute cause d'ébranlement, j'ai de nouveau associé le tracteur au céphalotribe. J'ai ainsi dépensé 40 kilogr. de force. A ce moment, je me suis aperçu que les cuillers revenaient à vide.

Il n'y avait pas à en douter : il se produisait un fait analogue à celui dont j'ai, il y a quelques mois, donné la relation.

Le bec de mes cuillers était resté en deçà de la base du crâne.

Avant d'en venir à la version, que je redoute beaucoup pour mes malades en général, à cause des douleurs qu'elle occasionne, et que je devais surtout ici redouter, vu l'extrême étroitesse du bassin, je résolus de tenter une seconde application du céphalotribe, avec l'espoir d'un meilleur résultat.

Je plaçai de nouveau, avec un surcroît de précautions, mes cuillers, que je fis pénétrer aussi avant qu'il me fut possible. Je ne pus les engager au delà de 0,24 au sein des organes gestateurs. Je serrai la vis de constriction, et effectuai quelques tractions manuelles latéralisées. Encore une fois, l'instrument ne tarda pas à lâcher prise.

Un seul parti me restait à prendre : je n'avais plus qu'à pratiquer la version.

Une importante question se posait ici. Pour éviter toute fausse manœuvre et arriver à mon but sans coup férir, à quelle main devais-je accorder la préférence ?

Je crus devoir faire choix de la main droite, comme étant à la fois la plus forte et la plus adroite.

On va voir bientôt combien cette idée avait été peu heureuse.

L'organe bien enduit de beurre frais, je mis un genou sur le parquet, et pénétrai dans les profondeurs de l'utérus. En ce moment me fut clairement expliquée la cause de la dystocie.

Le promontoire, auquel je n'arrivai pas sans peine, ni sans de grandes douleurs pour la patiente, formait un angle tellement saillant et coupant, que ma main se trouvait serrée comme dans un étau, malgré la place ménagée, dans le détroit, par l'évacuation de la substance cérébrale et le morcellement, ou, tout au moins, la dislocation de la boîte osseuse.

Le promontoire franchi, je me mis en quête des membres pelviens. Je ne trouvai qu'un petit organe, dont je ne pus bien déterminer la nature, tant je me trouvais à l'étroit. Je me décidai à l'entraîner au dehors à tout hasard. J'avais, en effet, tout à gagner si c'était un pied. Je n'avais qu'un renseignement à en retirer si c'était une main; mais c'était un précieux point de repère que je me procurais ainsi, sans m'exposer à aucun préjudice.

Ainsi que j'en avais quelque soupçon, c'était une main. La face palmaire était dirigée en avant et à droite de la mère. Je priai M. Robinet de glisser un lacs sur le poignet, et ne me préoccupai pas davantage de l'organe prolabé.

Ma voie était désormais éclairée. J'avais choisi *la mauvaise main*. Il fallait faire choix de *la bonne*, c'est-à-dire de celle qui correspondait au plan antérieur du produit. Celle-là seule, en effet, pouvait me permettre d'arriver directement et avec moins d'efforts vers les membres pelviens de l'enfant.

J'enduisis donc, sans plus de délais, la face dorsale de ma main gauche, et la totalité de ce même bras de beurre non salé, et je recommençai la même manœuvre que ci-dessus.

Cette fois, je fus plus heureux. Je tombai sans coup férir et presque sans peine sur un genou, que j'entraînai. M. Robinet glissa, le long de ma main un lacs

qui fut serré sur la région malléolaire. Puis je fis de la main gauche des tractions sur ce lacs, en même temps que, de la droite, je m'efforçai de repousser la tête au travers et au-dessus du détroit supérieur. La résistance fut telle, que je dus bientôt prier M. Robinet d'associer ses efforts aux miens. Le dégagement des épaules fut non moins pénible.

M. Robinet effectua presque aussitôt la délivrance.

L'enfant si laborieusement extrait était un garçon très-bien conformé, qui devait bien être du poids d'une dizaine de livres.

Ainsi que je l'avais prévu, la base du crâne n'avait pu être broyée : elle n'avait été que disloquée.

Durant ces longues et laborieuses manœuvres, la malade n'avait pas faibli un seul instant. J'ai vu peu de femmes aussi courageuses. Sa résolution avait été telle, que je n'avais pas cru devoir recourir au chloroforme.

A peine délivrée, Mme X... avait repris sa bonne mine et tout son enjouement.

Je me suis retiré au bout d'une heure, confiant la malade aux soins intelligents de son médecin ordinaire. J'ai su par lui, que, au dixième jour, aucun accident n'était encore survenu. L'état local était aussi satisfaisant que l'état général.

Je serai sobre de réflexions, dans la crainte d'abuser de la bienveillante attention de mes lecteurs. Il est toutefois, dans cette intéressante observation, quelques faits de pratique que je désire mettre en relief.

Et d'abord, *quelle a été la véritable cause de la dystocie?* Cette cause n'est pas douteuse. Si l'on tient compte des circonstances du premier accouchement, et de toutes les péripéties qui ont marqué ce dernier, on en peut inférer que Mme X. est atteinte d'une angustie pelvienne, laquelle peut être rangée dans la catégorie moyenne.

A quel type rapporter la viciation du bassin? N'ayant pas eu l'occasion de revoir mon accouchée depuis sa délivrance, je n'ai pu me livrer qu'à une étude un peu superficielle du pelvis. Il semble résulter des investigations auxquelles j'ai pu me livrer, durant le cours de mes manœuvres, qu'il s'agit ici d'un bassin rétréci dans son ensemble, avec proéminence et élévation de l'angle de Carus. La déclivité du bord inférieur du pubis, par rapport au promontoire, rend compte de la difficulté que j'ai éprouvée à atteindre ce dernier, avec le bout du doigt. Dans cette exploration digitale, je n'ai pu arriver qu'à la partie supérieure de la concavité du sacrum.

Je saisis cette occasion pour signaler, encore une fois, les *incertitudes de la pelvimétrie*. On croit généralement que, du moment que le doigt ne peut toucher le promontoire, le détroit supérieur présente une étendue suffisante pour le passage de la tête. Il en est ainsi, en effet, lorsque toutes les parties du pelvis conservent leurs rapports respectifs. Mais ces rapports peuvent se trouver changés. Il en est ainsi, par exemple, dans le bassin oblique ovalaire. En pareils cas, le doigt explorateur, dirigé dans le sens du diamètre antéro-postérieur, n'arrive pas au promontoire: il se perd dans le vide limité par l'échancrure sacro-iliaque.

J'en dirai autant du type de viciation du bassin auquel on a assigné le nom de *barrure;* défaut de conformation caractérisé par un excès de hauteur de la symphyse du pubis, joint à une déformation plus ou moins prononcée des branches ischio-pubiennes. La déclivité du rebord inférieur de la symphyse empêche souvent le doigt de parvenir à l'extrémité postérieure du diamètre sacro-pubien, alors même qu'il est sensiblement rétréci.

Je rapprocherai de ces deux types le bassin vicié par compression latérale, dans lequel il peut être également impossible d'arriver à l'angle sacro-vertébral.

Je citerai encore un type particulier de bassin vicié, dont j'ai tout récemment observé un remarquable exemple. Dans le cas dont il s'agit, je n'ai pu atteindre du doigt le promontoire, et cependant le diamètre sacro-pubien estimé par induc-

tion était, à n'en pas douter, inférieur à 0,07. L'angustie était occasionnée par l'épaississement, sans doute rachitique, de l'arcade pubienne, dont l'étendue antéro-postérieure ne mesurait pas moins de 0,05 (1).

On voit par ce qui précède qu'il ne convient pas de faire un fond trop grand sur les données fournies par la pelvimétrie. Il faut les prendre pour ce qu'elles valent. Pour mon compte, d'habitude, je ne me préoccupe qu'après l'accouchement de préciser la nature de l'obstacle apporté par un vice de conformation de la ceinture osseuse. L'essentiel, c'est de songer tout d'abord au salut de la malade. Comme, en somme, il ne s'agit que d'une question de simple intérêt topographique, il faut commencer par faire de bonne pratique. Il sera toujours temps ensuite de faire de la science.

Je ne dirai que quelques mots de la *traction mécanique*. Bien que, au point de vue de la délivrance, ce mode opératoire ne m'ait fourni que des effets négatifs, je n'ai pas eu moins lieu de m'applaudir d'y avoir eu recours. Non-seulement il m'a exonéré de tout tribut à la force manuelle qui, vu la solidité de la prise affectée par les agents de préhension employés, eût pu atteindre les proportions les plus élevées, mais il a surtout eu pour avantage de soustraire la malade à tout ébranlement violent, à tout dangereux traumatisme.

Deux mots maintenant sur l'*action du céphalotribe*.

On voit que, dans ce cas, ainsi que dans celui que j'ai recueilli avec M. le Dr Lebouc, cet instrument s'est montré, à une double reprise, infidèle en tant qu'agent de broiement, nonobstant la précaution prise par moi d'engager aussi loin que possible les becs de mes cuillers.

Cette infidélité trouve son explication dans le mode défectueux de construction de la machine, quel qu'en soit, d'ailleurs, le modèle. Les cuillers sont insuffisamment cintrées sur le plat, pour le résultat que l'on se propose d'atteindre dans ces cas particuliers. La tête, en effet, non encore engagée au travers du détroit supérieur n'est pas suffisamment fixée pour subir, ainsi qu'il serait convenable, l'action constrictive de ces mêmes cuillers. Elle cède sous leur étreinte, et glisse entre les mors de la même façon qu'un noyau de cerise est chassé par la pression des doigts.

Toujours est-il que, malgré l'expérience du passé, qui m'avait permis de prendre toutes les précautions possibles, je n'ai pu parvenir à broyer la base du crâne qui, cette fois encore, n'a été que disloquée.

Je touche là à une imperfection notoire du céphalotribe, imperfection dont les conséquences sont plus regrettables, à mon sens, que les dangers résultant des esquilles. On peut, grâce à certaines précautions, se prémunir contre l'action vulnérante de ces dernières. Quoiqu'on puisse faire, au contraire, il est impossible de saisir comme il conviendrait une tête qui, par sa mobilité, échappe à l'étreinte des mors de l'instrument.

Le *désideratum* que je signale me semble un des arguments les plus sérieux en faveur du *forceps-scie*, dans les cas particuliers qui nous occupent. On est sûr, en effet, au moyen de la chainette articulée, d'obtenir la division de la base du crâne. Utilisé en tant qu'agent de préhension, le forceps permet ensuite, généralement, sans désemparer, d'effectuer l'extraction du produit. Malheureusement le prix de cette machine compliquée est si élevé, que bien peu de praticiens sauraient se décider à une acquisition fort onéreuse, et, par le fait, non absolument indispensable, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le résultat de la double épreuve qu'il m'a été donné de faire en quelques mois.

Une dernière réflexion, relative au *choix de la main dans la version, appliquée à tous les cas de présentation céphalique*.

J'avais cru bien faire, dans le cas ci-dessus, en donnant la préférence à la main droite, me fondant, je l'ai déjà dit, sur cette

(1) Voir les détails de ce fait intéressant de dystocie dans notre *Essai pratique sur la traction mécanique* (Obs. XVI, 1877).

ration qu'elle est plus forte et plus adroite que sa congénère. L'événement n'a pas tardé à me faire voir que, à cette période de l'accouchement, c'est-à-dire longtemps après l'écoulement des eaux, il eût été préférable de me baser sur une autre indication qui, réflexion faite, me semble plus plausible.

En raison de l'épaisseur et de l'étendue de la tumeur séro-sanguine, je n'avais pu directement m'assurer de la position occupée par l'occipital. Un autre signe, toutefois, m'avait permis de me rendre compte de l'attitude générale de l'enfant.

L'auscultation, en effet, m'avait fait percevoir les battements fœtaux dans le flanc gauche de la mère. Je savais donc, à n'en pas douter, que l'occipital correspondait à l'aire gauche du bassin, et que le tronc du produit était dirigé dans la partie correspondante de l'organe gestateur. Par là même, les membres pelviens occupaient la portion droite de la cavité utérine. Or, une des règles les plus essentielles de la pratique de la version étant de faire choix de la main dont la face palmaire correspond au plan antérieur de l'enfant, j'ai commis une faute en faisant usage de la main droite qui, insinuée le long du plan dorsal de l'enfant, avait un double désavantage. Elle ne pouvait arriver aux pieds qu'après un long et pénible parcours ; d'un autre côté, elle ne permettait l'extraction qu'en agissant dans le sens de la déflexion rachidienne.

On a vu quelle a été la conséquence de cette fausse manœuvre. Ma première tentative a été assez laborieuse pour moi-même, et très-douloureuse pour la patiente. Une seconde épreuve, au contraire, plus conforme aux principes de la mécanique obstétricale, m'a permis d'arriver plus promptement et avec moins d'efforts au résultat souhaité.

De cette remarque il est permis, je crois, de déduire le précepte pratique suivant, qu'il ne me souvient d'avoir vu formulé par aucun auteur.

Dans les présentations céphaliques, reconnues par le toucher ou l'auscultation, lorsque l'on a à effectuer la grande version, pour arriver plus directement et avec moins de peine aux membres pelviens, il faut faire choix de la main dont la face palmaire, insinuée à l'opposite de l'occipital, c'est-à-dire dans la direction du coronal, correspond au plan antérieur de l'enfant. Non-seulement cette voie est la plus directe, mais elle est aussi la plus accessible à l'organe de préhension, eu égard aux vides que lui ménagent, sur ce point, les membres thoraciques du produit.

Dr L. Hamon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

De la double suture pour la périnéorrhaphie, d'après la méthode de H. Kuechler, par le professeur Aloïs Valenta, de Laibach. (*Betz's Memorabilien.*) — Malgré tout ce qui a été écrit sur la périnéorrhaphie, les divers auteurs de procédés opératoires n'ont eu que peu d'imitateurs, et cela, comme le fait très-bien remarquer Kuechler dans sa monographie publiée à Erlangen, parce qu'ils n'ont pas mis, dans la description de l'opération, toute l'attention et toute la précision nécessaires pour qu'on puisse les imiter en toute sécurité. Ces reproches, Kuechler a su parfaitement les éviter dans son écrit, dont la lecture peut être recommandée à tous les gynécologues. L'opération se compose de deux actes importants : 1° raviver les petites lèvres, la paroi inféro-postérieure du vagin

et éventuellement de la cicatrice du périnée; 2° appliquer une double suture. Dans le premier, il s'agit d'obtenir une cicatrice cunéiforme, dont les côtés sont formés par les deux grandes lèvres et dont la base repose sur le fond du vagin et sur le périnée. Pour pratiquer cette incision, le Dr Kuechler se sert d'une pince spéciale, que M. Valenta trouve complétement inutile. Il faut commencer presque à la hauteur du méat urinaire et pénétrer de plus en plus profondément, à mesure qu'on s'approche de la commissure postérieure, où elle peut atteindre 1 pouce 1/2 de profondeur, puisqu'il importe d'avoir là une base solide pour la suture périnéale future. La double suture se décompose en une interne, ou suture de la muqueuse, et en une extérieure et totale. L'opinion de M. Valenta est différente de celle de Kuechler, en ce qu'il place les sutures totales avant de nouer celles de la muqueuse, s'étant assuré, par des expériences sur le cadavre, combien il est préférable de placer les sutures totales après avoir noué les sutures de la muqueuse, qui sinon se trouvent tiraillées, ce qui est désavantageux. Il va sans dire, que le soi-disant inconvénient, d'avoir simultanément de chaque côté de six à dix fils qu'on pourrait facilement confondre, est facile à éviter, puisque les ligatures de la muqueuse sont de simples fils de soie, tandis que les ligatures extérieures sont composées de larges petits rubans. La suture totale doit être large intérieurement de 1 centimètre et extérieurement, de 1 1/2 au moins. Les ligatures intérieures doivent être disposées de telle sorte, que le nœud se trouve dans le vagin, et on les laisse jusqu'à ce qu'elles tombent d'elles-mêmes. Les ligatures totales ne sont ôtées que quand elles commencent à couper les téguments, et que les petits canaux, formés par les points, commencent à suppurer, ce qui a généralement lieu du quatrième au sixième jour. Le nombre de sutures varie de quatre à six et même plus. Il est très-important, que pendant les six à huit jours qui suivent l'opération, il n'y ait pas de selles, ce à quoi il faut aviser préalablement et donner ensuite à l'opérée 15 gouttes de teinture d'opium, puis, si pendant les premiers jours qui suivent l'opération, il se montre une tendance à une selle, on donnera promptement et à deux doses différentes de 8 à 10 gouttes de ce médicament. Passé ce temps, on aura recours à des lavements émollients. L'urine doit être évacuée au moins pendant six jours, trois fois par jour, ou aussi souvent que le besoin s'en fait sentir, au moyen d'une sonde, de telle sorte, qu'il ne coule point d'urine dans le vagin. Contrairement à Kuechler, l'auteur n'approuve pas l'usage de la sonde à demeure pendant plusieurs jours. Il est de toute importance de nettoyer, au moins deux fois par jour, le canal vaginal, ce que M. Valenta fait avec une solution très-étendue d'hypermanganate de potasse. L'opérée doit être tenue couchée sur le dos, avec des coussins sous les genoux, pendant au moins six jours. S'il ne survient aucun accident et qu'il n'y ait plus moyen de tenir la malade au lit, on pourra lui permettre de se lever au bout de quinze jours, mais en usant de précautions dans la marche.

Quant au régime alimentaire, il doit être dirigé avec prudence, afin d'éviter toutes récidives.

Comme illustration à ces préceptes, l'auteur publie l'histoire de deux cas dans lesquels il a pratiqué cette opération avec succès ; le premier concerne un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, à la suite d'une déchirure totale du périnée occasionnée par une application de forceps, remontant à plus de deux ans et suivie de deux fausses couches ; l'autre, un prolapsus complet de la matrice datant de huit années, à la suite d'une déchirure totale du périnée, après un pénible accouchement par le forceps. La première des malades, étant complétement guérie, quitta l'hôpital seize jours après l'opération, et la seconde au bout de quinze jours.

Les cholagogues. — Des expériences consciencieusement faites sur les cholagogues par divers observateurs et soumises à une judicieuse critique par

M. le docteur E. Labbé, on peut tirer les conclusions suivantes.

Le podophyllin, la rhubarbe, l'aloès et le colchique sont les seuls cathartiques dont l'effet stimulant sur la sécrétion hépatique soit très-manifeste; ce sont réellement des cholagogues puissants.

Mais quel est leur mode d'action? agissent-ils directement sur les cellules hépatiques chargées de fabriquer la bile, ou bien par action réflexe, à la suite d'une impression sur la muqueuse intestinale? faut-il enfin faire intervenir l'hypérémie, la stase sanguine dans les vaisseaux mésentériques?

a. L'influence réflexe des cholagogues a été admise autrefois par Barbier et puis plus tard par Trousseau et Pidoux.

Barbier écrit en effet ceci : « Ces substances, pendant qu'elles irritent l'intérieur du duodénum, agissent sur l'extrémité du conduit cholédoque; elles excitent par sympathie les propriétés vitales de l'appareil hépatique; elles y déterminent une sorte de turgescence; de là une sécrétion abondante de bile. »

Trousseau et Pidoux émettent une opinion analogue, attribuant l'effet cholagogue à une irritation de la membrane muqueuse du duodénum, qui retentit vers le foie et exagère sa sécrétion.

Cette théorie, qui paraît *à priori* très-rationnelle, est un peu ébranlée par les faits que rapportent Rutherford et Vignal. En effet, si l'irritation duodénale se montre après l'administration du podophyllin, du colchique, de l'aloès, elle est presque nulle quand on injecte la rhubarbe. D'ailleurs l'huile de croton, dont les effets topiques sur l'intestin sont si violents, devrait à ce compte agir puissamment sur la sécrétion du foie. Or, nous savons qu'elle n'est pas cholagogue. On pourrait en dire autant du calomel qui augmente la vascularité de la muqueuse gastro-intestinale (Murray), et dont l'effet cholagogue est nul.

La pathologie ne nous indique-t-elle pas que les irritations gastro-intestinales entravent souvent l'écoulement de la bile, loin de l'accélérer. Enfin Rutherford et Vignal nous fournissent un autre argument : c'est que l'effet cholagogue est d'autant moins marqué que l'action cathartique est plus intense.

b. Pas davantage on ne saurait invoquer la stase sanguine dans les ramifications de la veine porte, puisque le calomel, l'huile de ricin, la gomme-gutte, qui produisent l'hypérémie de l'intestin, n'ont aucune propriété cholagogue.

c. Par exclusion, Rutherford et Vignal arrivent donc à admettre que la rhubarbe, le colchique et le podophyllin excitent directement l'hypercrinie biliaire.

Ces expérimentateurs auraient pu s'assurer assez facilement de la valeur de leur théorie en injectant ces purgatifs dans une veine et observant leurs effets sur la sécrétion de la bile. L'expérience a été faite d'ailleurs par Rœhrig, comme nous l'avons vu, avec un résultat parfaitement positif. C'est là un argument très-favorable et presque une démonstration d'un effet topique des cholagogues sur les glandes qui forment la bile.

Si maintenant nous rapprochons des expériences de Rutherford et Vignal celles de Rœhrig et Bennett, il devient facile d'en déduire ce fait indiscutable, à savoir que notre matière médicale possède de vrais cholagogues, c'est-à-dire, des substances capables de stimuler la sécrétion biliaire. Ce sont surtout les suivantes :

D'APRÈS RŒHRIG :	RUTHERFORD ET VIGNAL :
Coloquinte.	Podophyllin.
Jalap.	Rhubarbe.
Aloès.	Aloès.
Séné.	Colchique.
Rhubarbe.	Séné.

D'autre part, il faudrait admettre avec H. Bennett que le calomel, le sublimé et le podophyllin sont dépourvus d'effet cholagogue.

On le voit, cette question des cholagogues, que nous nous étions proposé d'étudier sommairement, est sinon résolue par les travaux dont nous avons donné l'analyse, du moins éclairée d'une lumière déjà vive. La pratique médicale ne peut manquer de tirer profit de ces acquisitions nouvelles de la médecine expérimentale, sûre qu'elle

est maintenant de bien connaître les véritables stimulants du foie, les agents capables d'activer la sécrétion de la bile ou de la rétablir quand elle est arrêtée, et propres aussi à modifier la composition de cette humeur, soit en la rendant plus fluide, fait important dans bien des cas d'embarras gastriques, soit en produisant une élimination plus rapide de ses constituants solides, ce qui peut avoir son application dans la lithiase biliaire.

Comme conclusion à cette étude sur les cholagogues, je dirai que les données expérimentales qui viennent d'être exposées pourront ouvrir à la clinique des voies nouvelles, en lui permettant un choix plus judicieux de ses moyens d'action, en lui facilitant dans les maladies du foie principalement, ces diverses manœuvres adroites qui constituent l'art du médecin praticien, art que le professeur Gubler désigne du nom pittoresque et heureusement choisi de *tactique thérapeutique*.

(*J. de thér.*)

Tabac et frigidité. — Il y a quelques mois le docteur Cordier publiait dans ce journal l'observation d'un garde qui fut atteint de dyspepsie, d'agoraphobie et d'impuissance à la suite de l'usage immodéré du tabac (40 à 60 grammes par jour).

Cette action du tabac sur la virilité n'est pas si exceptionnelle qu'on le pense, et c'est à ce titre d'anaphrodisiaque qu'on l'employait autrefois dans les nombreux couvents de l'Italie. Elle doit venir à l'esprit dans tous les cas d'impuissance à ceux qui en font abus. A l'appui de cette action citons quelques faits colligés par le docteur P. Garnier :

Un jeune homme, qui fumait jusqu'à vingt cigares par jour, en passant la plus grande partie de son temps dans un cercle, éprouva bientôt une grande altération des fonctions digestives, avec diminution des forces, affaiblissement de la mémoire et impuissance absolue. Sur le point de se marier, il consulta M. Ségalas, qui lui conseilla tout simplement de changer de milieu et de cesser de fumer. Avec la santé, le retour des aptitudes génitales en fut rapidement le résultat.

Un jeune médecin, qui avait sans cesse la cigarette à la bouche, s'était soumis lui-même à l'usage de hautes doses de strychnine pour combattre une frigidité génitale complète. Rien n'y faisait. Il lui suffit de cesser l'usage du tabac, sur le conseil du docteur Martin Damourette, pour recouvrer sa virilité.

Le même accident étant survenu à un jeune polytechnicien entré comme inspecteur à la manufacture des tabacs, tous les moyens toniques et stimulants n'avaient pu le guérir de cette impuissance lorsqu'elle disparut spontanément dès qu'il eut quitté la manufacture pour une autre situation. (*La Santé publique.*)

Adénite syphilitique, guérison par les injections parenchymateuses d'iodure de potassium. — Le *Practitioner* rapporte les heureux résultats obtenus par le docteur Jacubowitch, au moyen de ce procédé. Ce médecin n'use ni de teinture d'iode, ni d'aucun liquide alcoolique, mais d'une solution faible d'iodure de potassium, dans la proportion d'un gramme pour trente. Il obtint un succès complet dans deux cas. Dans le premier, pour un bubon qui avait atteint le volume d'un œuf d'oie, il fit une piqûre au sommet de la glande, enfonçant une aiguille profondément à une distance considérable. Après avoir injecté le quart du contenu de la seringue, il sentit une résistance, retira un peu la canule, puis, en répétant plusieurs fois cette manœuvre, arriva à injecter environ un gramme d'iodure dissous dans trente grammes d'eau. La tumeur devint plus dure d'abord et ne tarda pas à diminuer de volume, et, après quatre opérations semblables, disparut complétement. Dans un autre cas, où l'on avait affaire à un noyau induré persistant et tellement dur qu'il semblait que l'injection ne pourrait y pénétrer, le succès fut obtenu de la même manière.

Cette opération est applicable à des cas

où l'induration a résisté à tout autre traitement et donné lieu à des tumeurs persistantes qu'il est nécessaire de faire disparaître.

(*Le Scalpel.*)

Préparation d'une poudre d'ozone pour la désinfection des chambres de malades, par M. Lender (*Deutsche Klinik*). — C'est à un article sur l'ozone atmosphérique, que nous empruntons cette recette pratique. Mêlez deux parties d'acide oxalique pur et une d'hyperoxyde de manganèse, placez ce mélange sur un bain de sable, et après l'évaporation de l'eau, triturez-le, avec un pilon, jusqu'à ce qu'il soit refroidi, passez-le, à travers un tamis de crin, et mêlez deux parties de cette poudre sèche avec une d'hypermanganate de potasse grossièrement pulvérisé.

Cas à l'appui de l'emploi de l'aspirateur pneumatique, par MM. Cayley et Sautoma, de Londres (*Medical Times*). — Ces auteurs font l'histoire de dix cas d'épanchements pleurétiques, ou autres, traités à l'hôpital Nord-Est, pour les enfants, afin de recommander la méthode de l'aspiration. Dans un cas, où le diagnostic resta douteux, l'opération n'eut pas lieu et le malade mourut. Dans un cas d'empyème du côté gauche, après deux ponctions et une amélioration lente, la mort survint hors de l'hôpital. Un enfant de trois mois, atteint d'hydrocéphale, mourut du choléra. Dans les autres cas, la guérison fut généralement rapide.

Salicylate de soude. — D'après le Dr Riess, ce sel, à la dose de 5 grammes chez l'adulte, de 2 gr. 50 chez les enfants de six à douze ans, abaisse considérablement la température fébrile, sans cependant modifier le pouls. Assez souvent après l'administration de fortes doses, on constate une transpiration profuse. Les bains froids (de 15 à 20° C.) accentuent l'effet d'une dose faible; et l'on obtient ainsi le même résultat que si l'on avait donné beaucoup plus du médicament.

Chez les sujets atteints de fièvre typhoïde traités par le salicylate de soude, la mortalité fut de 24,2 p. 100.

L'usage de ce sel est sans inconvénient; parfois on note de la céphalalgie légère, du tintement d'oreilles et de l'obscurcissement de la vue après l'administration de doses massives : très-rarement il y a des vomissements. Enfin la solution aqueuse de ce sel est facilement prise sans que le patient éprouve de sensation brûlante dans la bouche ou le pharynx.

(*The Lancet.*)

Cystite chronique, *traitement de M. Thompson.* — Contre la cystite chronique à forme peu accusée qui accompagne la formation des calculs phosphatiques, le grand chirurgien anglais préconise le traitement suivant, qu'il qualifie d'admirable.

Il pratique une injection d'une faible solution de nitrate d'argent, faite tous les jours ou tous les deux jours pendant un court espace de temps. 3 centigrammes pour 150 à 200 grammes d'eau sont une proportion assez forte, et souvent une ou deux injections suffisent à amener une très-notable diminution dans la sécrétion muco-purulente.

(*Arch. méd. belges.*)

FORMULES DIVERSES.

Mixture contre l'insomnie nerveuse (*Graves*).

Teinture de colombo.....	ÀÀ 30 gr.
— de quassia.....	
— de gentiane.....	
— de quinquina.....	
Chlorhydrate de morphine....	6 à 12 cent.

Faites dissoudre. — Trois cuillerées à café par jour, dans une demi-tasse de thé, une heure avant le repas du soir, pour faire cesser les nausées, apaiser l'irritabilité nerveuse et ramener le sommeil, particulièrement chez les personnes qui font abus de boissons alcooliques.

Teinture ammoniacale de musc.

Lebert.

Musc	1	gramme.
Carbonate d'ammoniaque	1	—
Eau distillée	10	—
Alcool rectifié	30	—
Essence de menthe	2	gouttes.

Mêlez. — 25 ou 30 gouttes, dans de l'eau ou dans du vin, aux malades atteints d'affections inflammatoires qui revêtent le caractère typhoïde ou adynamique. —

Glycérolé contre l'eczéma.

F. Guyon.

Sous-nitrate de bismuth	5	grammes.
Oxyde blanc de zinc	3	—
Glycéré d'amidon	60	—

Mêlez. — Recommandé contre l'eczéma et l'intertrigo. (*Un. Méd.*)

Pilules contre les névralgies tenaces et rebelles.

Valérianate d'ammoniaque cristallisé	aâ 2 gr.
Quinine brute	
Pour vingt pilules	

Prendre chaque jour de deux à dix pilules, en augmentant d'une pilule tous les jours. Après avoir pris ces pilules pendant dix jours, en suspendre l'emploi pendant cinq jours.

Ces pilules réussissent spécialement dans les cas de névralgie ilio-lombaire.

(*Bord. méd.*)

Potion antihémorrhagique.

Eau de Rabel	4	grammes.
Sirop de Ratanhia	30	—
Eau commune	120	—

A prendre une cuillerée toutes les heures.

Pommade contre la fissure à l'anus.

Iodoforme finement pulvérisé	4	grammes.
Axonge	20	—

Mêlez. — Une petite mèche enduite de cette pommade est introduite dans l'anus, après chaque garde-robe, et maintenue en place jusqu'à la garde-robe suivante.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 décembre 1876.

Présidence de M. CHATIN.

Acide sulfurique avalé. — M. Laboulbène communique à l'Académie un fait d'*élimination des membranes internes de l'estomac et d'une partie de l'œsophage*, à la suite d'un empoisonnement accidentel par l'acide sulfurique.

Un homme de cinquante-neuf ans, journalier, est entré le 4 novembre 1876, salle Saint-Jean, à l'hôpital Necker. Au moment de l'entrée, la figure du malade est pâle, elle exprime une vive souffrance; le corps est plié en deux, les mains appuyées sur l'abdomen; la démarche est lente et pénible, la parole haletante. Il nous apprend que la veille, vers midi, il a avalé par mégarde et brusquement deux ou trois gorgées d'acide sulfurique à 66 degrés, versé et abandonné, depuis peu de temps, dans un verre; presque aussitôt, une sensation de brûlure se fit sentir le long de l'œsophage et au creux épigastrique; le corps se couvrait d'une sueur abondante, des douleurs s'irradiaient sous forme de coliques dans tout l'abdomen.

En examinant la bouche : les lèvres intactes, leur bord libre est absolument indemne, leur face interne ne présente ni chute d'épithélium, ni phlyctènes. La langue n'est ni tuméfiée, ni douloureuse; la pointe de l'organe ainsi que ses bords of-

frent une apparence normale ; il n'en est pas de même de sa base, car, à partir du tiers postérieur, la face supérieure linguale est recouverte d'un enduit blanchâtre, épais, surtout en arrière, adhérent et venant se perdre insensiblement vers la partie moyenne. La voûte palatine, au niveau de sa continuation avec le voile du palais, présente une phlyctène remplie de sérosité citrine, occupant toute sa largeur, et s'étendant en avant jusqu'aux alvéoles dentaires. La muqueuse palatine est d'un gris sale, mais sans phlyctènes...

Du côté de l'isthme du gosier et de l'arrière-gorge, les lésions sont plus accentuées; le voile du palais, les piliers, les amygdales, le pharynx, sont tapissés par une fausse membrane d'un blanc mat et diphthéroïde, lisse partout, continue, ne présentant ni soulèvement, ni phlyctènes.

Dès l'arrivée du malade, la déglutition a été très-pénible, les liquides seuls pouvaient être avalés avec lenteur, et encore déterminaient-ils, de temps à autre, des efforts de vomissements. Cet homme souffrait beaucoup, il maigrissait rapidement : quand, le 18 novembre, il est pris d'accès de toux répétés, il sent quelque chose qui l'étouffe à la gorge, des vomissements surviennent. Aux mucosités se mêlent des stries sanguinolentes; après quelques minutes d'anxiété, il retire avec ses doigts des lambeaux noirâtres d'aspect muqueux, ressemblant à des crachats pelotonnés s'écrasant en partie par la pression, et qui, mis dans l'eau, ont une forme allongée, et se montrent constitués par des débris de muqueuse œsophagienne.

Le 19 novembre, ces mêmes symptômes d'étouffements se reproduisent, mais plus violents que la veille, et ils durèrent vingt minutes environ; c'est à ce moment que le malade parvient à retirer avec ses doigts, une masse noirâtre présentant la même apparence pulpeuse que les lambeaux rendus la veille. Cette masse est évidemment constituée par une grande partie de la muqueuse stomacale; elle est sensiblement ovale, recourbée; sa largeur équivaut à celle des deux mains réunies; en un point, vers la portion moyenne, on remarque un caillot fibrineux adhérent et de la longueur d'un centimètre et demi; à l'une des extrémités se trouve un prolongement long de 4 centimètres, recourbé et prenant l'eau sous la forme tubulée.

Après l'expulsion de ces membranes, le malade se sent bien soulagé, la respiration est devenue facile, l'anxiété n'existe plus.

Le lendemain, 20 novembre, les liquides, l'eau alcaline, le lait, passaient plus facilement, le vin détermine de violents accès de toux. Cet état a persisté jusqu'au 1er décembre : à cette époque, la déglutition des aliments solides est encore impossible, il existe toujours un sentiment de constriction vers la partie moyenne de l'œsophage. Les liquides, parvenus dans le conduit œsophagien, semblent s'arrêter vers le niveau de la cinquième vertèbre dorsale. L'oreille appliquée sur le dos, à ce niveau, pendant que le malade boit lentement, me fait percevoir un temps d'arrêt dans la déglutition, puis un bruit de glouglou.

Le 6 décembre, ces phénomènes ont en grande partie disparu, la déglutition est plus facile et ne détermine que peu de douleurs.

Le 11 décembre, le malade commence à avaler, en fort petite quantité, c'est vrai, et fort lentement, des aliments solides, longtemps mastiqués : pain trempé dans du jus de viande et œuf brouillé.

Depuis ce moment jusqu'au 18 décembre, le mieux est persistant, les douleurs moindres, le sommeil calme; toutefois, il y a encore une sensation de malaise dans la cavité thoracique et au creux épigastrique.

M. Gubler hésite à admettre qu'il s'agisse bien, en effet, des membranes de l'estomac. En effet, la membrane muqueuse de l'estomac a les glandes à pepsine pour caractéristiques; ces glandes ont leurs fonds dans le tissu cellulaire qui constitue une seconde membrane sous la muqueuse. Si donc l'estomac avait perdu par sphacèle ces deux membranes, comme

M. Laboulbène paraît le supposer, il faudrait d'abord y trouver les glandes à pepsine. Or, M. Laboulbène déclare lui-même n'en avoir pas trouvé une seule dans cette pièce.

Il est vrai dit, M. Laboulbène, que dans les nombreuses préparations microscopiques qui ont été examinées, on n'a pas découvert une seule glande à pepsine. Mais il est probable que ces glandes, dont le tissu est très-délicat, auront été détruites par l'acide sulfurique. Dans tous les cas, ce qu'on retrouve incontestablement, ce sont des fibres du tissu connectif, des fibres élastiques et des vaisseaux remplis d'un sang comme carbonisé; il s'agit d'une membrane ayant eu vie.

Séance du 26 décembre 1876.

Présidence de M. CHATIN.

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1877. — Sont élus :

Epidémies : MM. Villemin et Piorry.

Eaux minérales : MM. Empis et Bouchardat.

Remèdes secrets : MM. Bourdon et Mialhe.

Vaccine : MM. Blot et Magne.

M. Paulet, professeur à l'école du Val-de-Grâce, candidat pour la section d'anatomie et physiologie, communique à l'Académie, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *Recherches sur l'anatomie comparée du périnée.*

D'après les dissections des régions périnéales sur les ruminants, les carnassiers, les quadrumanes et l'homme, l'auteur conclut que chez tous les mammifères, à part certaines différences physiques, les diverses parties (aponévroses, muscles, glandes, etc.) qui composent le périnée, sont semblables entre elles et remplissent les mêmes usages physiologiques.

M. Gillette présente à l'Académie deux immenses kystes de l'ovaire qu'il a récemment enlevés. Les deux jeunes opérées ont parfaitement guéri.

Séance du 2 janvier 1877.

Présidence de M. BOULEY.

M. CHATIN, président sortant, lit un discours dans lequel il résume les travaux accomplis par l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler, paye un tribut de regrets aux membres que la mort a enlevés, et souhaite la bienvenue aux membres nouveaux que l'Académie s'est associés.

Invité par M. Chatin à prendre place au fauteuil, M. Bouley, président pour l'année 1877, lit un discours dans lequel il remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'élevant au fauteuil, honneur accordé pour la première fois à un membre de la section de médecine vétérinaire, si l'on excepte le cas de Barthélemy, qui fut appelé *par intérim* à la présidence, pour remplir le fauteuil devenu vacant par la mort de Bailly. L'orateur retrace ensuite le tableau des progrès accomplis par la médecine vétérinaire depuis la création de l'Académie de médecine, et des services rendus par eux à la médecine humaine, progrès et services auxquels ont largement contribué la plupart des membres que la section vétérinaire a comptés dans son sein depuis son origine jusqu'à ce jour. Le discours de M. le président Bouley est accueilli par les applaudissements de l'assistance.

L'Académie procède ensuite, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission présente :

En première ligne, M. Jaccoud; — en deuxième ligne, M. Peter; — en troisième ligne, M. Maurice Raynaud; — en quatrième ligne, M. Bucquoy; — en cinquième ligne, M. Alfred Fournier.

Le nombre des votants étant de 79, dont la majorité est 40, M. Jaccoud obtient 62 suffrages, M. Peter 11, M. Maurice Raynaud 4, M. Alfred Fournier 2.

En conséquence, M. Jaccoud ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie médecine.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

École de médecine de Grenoble. — Des concours seront ouverts à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, savoir :

Le 1er mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale.

Le 6 mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchements.

Le 14 mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture desdits concours.

***

Concours des prix de l'internat.

Première division. — Médaille d'or: M. Hutinel. — Accessit: Médaille d'argent. M. Cuffer. — Première mention honorable: M. Affre, deuxième mention honorable : M. Heydenreich.

Deuxième division. — Médaille d'argent: M. Dreyfous. — Accessit (des livres): M. Letulle. — Première mention honorable: M. Marot; deuxième mention honorable : M. Clozel de Boyer.

Ont été nommés :

Internes titulaires: Vimont, Poulin, Labat, Merklen, Boutier, Arnozan, Lapierre, Mossé, Leduc, Brun, Roursier, Havage, Gille, Galissard, Boudet, Stakler, Leroux, Talamon, Veil, Clément, Robert, Abbadie, Savard, Bruchet, Suss, Oudin, Barthélemy, Legendre, Letouzé, Dubar, Hermil, Bar, Rivet, Josias, Labbé, Boraud, Doléris, Brault.

Internes provisoires: Darcy, Galland, Ozenne, Faisans, Desnos, Piogey, Bongrand, Mary, Ovion, Gauché, Laurand, Walsdorff, Bernard, Michaux, Poirier, Comby, Baraduc, Herbelin, Rénier, Boulay, Gaillard, Gautier, Valude, Ferrand, Pioger, Boullet, Féré, Bouchard, Caraffi, Butruille, Luizy, Brazier, Catufle, Decaye, Doublet, Bénard, Labarrière, Laurent, Haranger, Raymondaud.

***

Service médical de nuit à Marseille. — Marseille, comme Paris et Lyon, a voulu avoir son service médical de nuit. Mais la Commission municipale administrative a présenté un projet, malencontreux s'il en fût, dit le *Marseille médical*, projet qui a été accueilli par un *tollé* énergique de la part de la majorité de nos confrères, par un sourire dédaigneux et hautain de la part des autres. Il s'agissait, en effet, d'allouer un traitement fixe de 300 francs par an, c'est-à-dire 83 centimes par nuit aux infortunés confrères qui auraient accepté ce *titre* de fonctionnaire salarié; et de plus, le maire *invitait* en quelque sorte les jeunes médecins à se faire inscrire pour ce service honorable et honorifique.

Il faut vraiment que le sens moral, à l'endroit de notre profession, soit oblitéré en bien des endroits, pour qu'il soit possible que de pareilles propositions soient émises. Le dédain est effectivement la seule réponse qu'elles méritent.

***

Service des inhumations. — Le service de l'inspection de la vérification des décès se compose de 8 médecins au traitement annuel de 3,000 fr. — L'institution des médecins de l'état civil a son principe dans un arrêté préfectoral du 24 vendémiaire an IX, portant création de la vérification des décès et rendu en vue de satisfaire aux prescriptions de l'art. 77 du Code civil. Cette institution, telle qu'elle existe actuellement, a été organisée par l'arrêté du 29 décembre 1868. Les traitements, qui s'élèvent de 1,800 fr. à 2,400 fr., selon la population des quartiers, peuvent être portés à 3,000 fr., dans ceux où cette augmentation est reconnue nécessaire.

Le crédit voté par le Conseil municipal est ainsi réparti : 10 médecins à 3,000 fr. ; — 2 à 2,600 fr. ; — 16 à 2,400 fr. ; — 6 à 2,200 ; — 14 à 2 000 fr. ; — 24 à 1,800 fr. Total, 72 médecins, touchant 158,000 fr.

***

Le pouls tâté par voie télégraphique. — Dans une conférence donnée à Salem (États-Unis), le docteur Upham a fait tâter à ses auditeurs le pouls de malades couchés dans le moment même à 14 milles de là, dans le City-Hospital de Boston. Tâter n'est pas exact ; disons qu'il le leur a fait voir. Un fil télégraphique mettait l'hôpital en rapport avec la salle de cours, et, en même temps que les battements du cœur transmettaient automatiquement le courant, ces battements étaient rendus visibles au moyen d'un rayon de lumière de magnésium vibrant sur le mur de la salle de cours. — L'appareil ayant été d'abord appliqué à l'artère d'un homme bien portant, le rayon de lumière vibra 60 fois à la minute. Vint ensuite un individu bien portant encore, mais très-irritable : les vibrations se répétèrent 90 fois en une minute.

***

Les Femmes médecins. — L'Amérique compte en ce moment trois colléges médicaux pour femmes. Ce sont : le New-York Infirmary, le North-College en Pensylvanie, et l'Université médicale homœopathique de Boston.

Mlle Julia Sainclain vient d'être reçue docteur en médecine à l'Université de Zurich.

Miss Bessict Capis, du collége de Vassly, vient d'être nommée professeur de chimie au collége de Schmith à Northampton.

Mme Ribard, reçue docteur en médecine à la Faculté de Paris le 12 août dernier, est retournée à Nantes, où elle s'est établie avec son mari, médecin lui-même.

On nous apprend que la clientèle ne boude pas la nouvelle doctoresse, et que Mme Ribard, tout au contraire, est en voie de se créer une situation des plus enviables.

***

La population de la terre. — La population totale du globe s'élève, d'après une statistique allemande, à 1,423,917,000 individus, et l'étendue de la surface des terres est de 51,340,000 milles carrés, ce qui donne une densité d'environ 28 individus par mille carré. Ces chiffres se répartissent ainsi entre les différentes divisions du globe :

	Milles carrés.	Habitants.
Europe. . .	3.766.493	309.478.300
Asie	17.079.383	824.548.500
Afrique . .	11.415.894	199.921.600
Australie et Polynésie. . .	3.381.210	4.748.600
Amérique .	15.687.840	85.519.800

Les pays les plus peuplés sont la Chine, qui figure pour 433 millions ; l'Inde anglaise, pour 188 millions ; la Russie, pour 86,586,000 ; l'Allemagne, pour 42,723,242 ; les États-Unis, pour 40 millions ; l'Autriche-Hongrie, pour 37,700,000 ; la France, 36,102,921 ; la Grande-Bretagne, 33,450,000 ; le Japon, 33,300,000. L'empire ottoman, en y comprenant les États tributaires, comprend 47,660,000 habitants.

D'après la même statistique, il y aurait sur la terre 215 villes qui contiennent plus de 100,000 habitants ; 29 villes dont la population atteint 500,000 habitants, celles qui en comptent un million et au delà sont : Londres, 3,489,428 ; New-York, avec Brooklyn, 1,535,622 ; Paris, 1,851,792 ; Berlin, 1,045,000 ; Vienne, 1,001,999 ; Canton, 1,000,000 ; Seangtan, Shanchowfa et Siganfu (Chine), chacune 1,000,000.

***

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a renouvelé, comme il suit, son bureau pour l'année 1877 : Président, M. Domerc ; vice-présidents, MM. Baudouin et Fon-

ès ; secrétaire général, M. Passant ; secrétaires annuels, MM. Courtaux et Labarraque fils ; trésorier, M. Le Coin ; archiviste, M. Machelard.

* * *

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population* 1,851,792). *Du* 14 *au* 21 *décembre*, on a constaté 942 décès, savoir : variole, 11 ; rougeole, 10 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 48 ; érysipèle, 6 ; bronchite aiguë, 29 ; pneumonie, 59 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 1 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 21 ; croup, 17 ; affections puerpérales, 4 ; autres affections aiguës, 245 ; affections chroniques, 388 (dont 152 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 46 ; causes accidentelles, 24.

Du 21 *au* 28 *décembre*, 956 décès ainsi répartis : variole, 6 ; rougeole, 15 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 60 ; érysipèle, 3 ; bronchite aiguë, 24 ; pneumonie, 55 ; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 8 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 29 ; croup, 18 ; affections puerpérales, 3 ; affections aiguës, 244 ; affections chroniques, 411 (dont 170 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 50 ; causes accidentelles, 25.

Du 28 *décembre* 1876 *au* 4 *janvier* 1877, 956 décès ainsi répartis : variole, 6 ; rougeole, 10 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 32 ; érysipèle, 4 ; bronchite aiguë, 32 ; pneumonie, 62 ; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 3 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 42 ; croup, 21 ; affections puerpérales, 10 ; affections aiguës, 237 ; affections chroniques, 418 (dont 156 dus à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 49 ; causes accidentelles, 20.

VARIÉTÉS.

Certificats des médecins. — Papier libre et papier timbré.

Plus d'un confrère a pu apprendre, à ses dépens, ce qu'il en coûte pour ne point se tenir en règle avec les prescriptions fiscales. Un client vient vous obséder pour obtenir un certificat, qu'il vous paye ou ne vous paye pas. Vaincu par ses instances, l'homme de l'art lui délivre la pièce demandée, écrite sur le premier papier. A quelque temps de là, grande est la surprise du médecin malencontreux, quand il se voit condamné à une amende de soixante francs pour contravention à la loi.

Tous les certificats, cependant, ne sont pas soumis au timbre. Le difficile, c'est de savoir préciser la limite assignée au papier libre, et de reconnaître la ligne de démarcation qui la sépare du domaine du papier timbré.

La société locale de prévoyance et de secours mutuels des médecins des arrondissements de Melun, Fontainebleau et Provins, s'est occupée d'une question qui intéresse vivement le corps médical tout entier. Nous croyons utile d'emprunter, au compte rendu de l'une des dernières séances de cette société, les renseignements suivants, qui fixeront nos lecteurs sur la portée de la loi concernant les certificats délivrés par les médecins.

Tous les certificats signés par un médecin doivent-ils être écrits sur un papier timbré ?

Plusieurs confrères se sont vus poursuivis et condamnés à une amende dé-

passant 60 francs pour avoir délivré à leurs clients, sur la demande de ces derniers, des certificats sur papier libre. Si l'on veut se rendre compte de la multiplicité des cas où ces certificats nous sont demandés, on comprendra la légitime préoccupation des médecins à ce sujet et l'intérêt qu'ils attachent à la solution de cette question fiscale.

Il se dégage de la discussion ouverte à ce sujet un fait hors de doute : c'est que certains certificats peuvent ne pas être timbrés, d'autres doivent l'être d'une façon absolue, enfin un certain nombre restent dans une catégorie douteuse. M. le président, qui s'est renseigné auprès de quelques employés de l'administration du timbre et de l'enregistrement, est d'avis que les certificats destinés à être produits en justice sont seuls soumis au timbre. Mais une objection est immédiatement soulevée.

Un médecin ne sait pas toujours à l'avance l'usage qui pourra, à un moment donné, être fait du certificat qu'il délivre; telle attestation aujourd'hui sans intérêt, peut demain, dans un mois, dans un an, devenir une pièce de procès ou la base d'une réclamation devant les tribunaux. Sur la proposition de M. Bessières, d'Egreville, et conformément au modèle qu'il présente, on arrête une liste comprenant à peu près tous les certificats qu'on peut demander à un médecin, et M. le président est prié de prendre des renseignements nouveaux auprès de qui de droit, et de vouloir bien faire consigner dans le procès-verbal de cette séance les éclaircissements qu'il aura pu obtenir.

Les renseignements obtenus par M. le président sont les suivants :

Les certificats de médecin produits par des particuliers à titre de *justification*, *demande* ou *défense*, sont assujettis au timbre, en vertu de la règle générale de l'art. 12 de la loi du 13 brumaire an VII. (Décision du ministre des finances du 10 mars 1874.)

Nous allons passer en revue la série des certificats consignés sur la liste précitée, avec la réponse annexée à chacun d'eux, et les développements qu'elle comporte :

LISTE DES CERTIFICATS.

1° Certificat aux nourrices pour obtenir un nourrison. *Cette pièce ne paraît exempte du timbre qu'autant qu'elle est délivrée à des nourrices destinées aux enfants assistés.* (Déc. fin. du 25 février 1841, *Journal de l'enregistrement*, numéro 12, 697-2.)

2° Certificat de vaccine. — *Exempt.*

3° Certificat de naissance ou de décès. — *Exempt.*

4° Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition de M. le maire, ou de M. le juge de paix, ou de M. le juge d'instruction, ou de M. le procureur de la République, ou de M. le commissaire de police.

5° Certificat sur réquisition de M. le maire pour constater le décès d'une personne trouvée sur la voie publique par suite de maladie, d'accident, de meurtre ou de suicide. — *Les certificats et rapports donnés par les médecins, sur la réquisition de l'autorité judiciaire ou de la force armée*, sont exempts *du timbre comme rentrant dans la catégorie des actes de police générale et de vindicte publique. Il importe peu que ces certificats soient provoqués par un particulier, si le particulier s'est muni au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits.* (Décison fin, du 10 mars 1874.)

6° Certificat pour les aliénés. — *Il y a une distinction à établir. Le certificat délivré par le médecin d'une maison d'aliénés au sujet de l'état d'un malade est* exempt *du timbre s'il a un caractère purement administratif, et ne doit servir que dans l'intérieur de l'asile.*

Il est, au contraire, sujet *au timbre dès qu'il est délivré à des particuliers ou qu'il est employé dans un intérêt privé.* (Sol. 17 novembre 1864.)

7° Certificat de santé pour les compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.*

8° Certificat de décès pour les compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.*

9° Certificat de maladies ou d'infirmités à l'époque de la révision. — *Soumis au timbre.*

10° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la révision. — *Soumis au timbre.*

11° Certificat pour obtenir une prolongation de congé de convalescence (militaire ou civil). — *Soumis au timbre.*

12° Certificat de maladie délivré à un militaire ou à un ecclésiastique pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, des ponts et chaussées, etc.) — *Soumis au timbre.*

14° Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administration de l'Etat. — *Soumis au timbre.*

15° Certificat de maladie pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.) — *Exempt si le certificat du médecin est rédigé à la suite d'un certificat d'indigence.*

16° Certificat de maladie ou d'infirmités pour admission dans les hôpitaux ou hospices de la vieillesse. — *Exempt.*

17° Certificat d'infirmités pour secours annuels du département en cas d'indigence. — *Exempt.*

18° Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitre, de juré ou de témoignage devant les tribunaux. — *Soumis au timbre.*

19°. Certificat demandé par une veuve d'employé à l'effet d'obtenir une pension de l'administration. — *Soumis au timbre.*

Remarque importante..— Un médecin n'est pas passible d'amende quand un certificat non timbré délivré administrativement et avec *mention de la destination*, est plus tard produit en justice.

Les médecins feront donc prudemment d'indiquer la destination de tout certificat délivré sur papier non timbré.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le Dr Félix Roubaud. (29e année). Prix . . . 4 fr.

21, *rue de la Monnaie et chez tous les Libraires.*

Annuaire-agenda des médecins et pharmaciens de Paris. Beau vol. in-8°, relié. Prix. . . . . 1 fr. 50.

21, *rue de la Monnaie et chez tous les Libraires.*

Vve Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Anatomie descriptive et dissection contenant : un précis d'embryologie; la structure des organes et celle des tissus par le Dr Fort, professeur libre d'anatomie. 3 vol. in-12 avec 1227 figures intercalées dans le texte. Troisième édition. Prix . . . . . 30 fr.

Recherches sur les troubles de la sensibilité dans la contracture idiopathique des extrémités, par le Dr Manouvriez. In-8° avec échelle œsthésiométrique. . . . . 1 fr. 25.

Librairie J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

La gymnastique pulmonaire ou l'art de respirer dans tous les actes de la vie physique, par J.-F. Bernard, professeur de chant. Quatrième édition. In-8° de 69 pages. Prix. . . . 3 fr.

Avis.

Nous prions ceux de nos confrères, qui désirent nous être agréables, de vouloir bien nous adresser, sans retard, le renouvellement de leur abonnement pour 1877.

Nous saisissons cette occasion pour leur rappeler que nous serons heureux de nous mettre à leur disposition pour leur faire parvenir aussitôt, les ouvrages et publications nouvelles, dont ils nous transmettront la demande.

Boîte aux lettres.

Art médical (Bruxelles) — Manquent les numéros depuis le 17 décembre.

Le Rédacteur en chef, gérant,
Dr Hamon (de Fresnay).

Paris.—Imp. de E. Donnaud, r. Cassette, 9.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 3. — 1er FÉVRIER 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HÔPITAUX.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Leçon clinique de M. le Dr Bernutz.

De la rétroversion de l'utérus gravide.

La première description de ce déplacement de l'organe gestateur est due à un Français. C'est à Grégoire, démonstrateur d'anatomie, (1710), qu'appartient l'honneur d'une découverte, qui, en 1752, fut revendiquée par un Allemand. Ce dernier, notons encore ce fait, dans les descriptions qu'il a données sur cette anomalie, est resté bien inférieur à son modèle. Après l'Allemagne, l'Angleterre a repris cette question. Hunter ayant observé un cas de cette nature, qui a eu la mort pour terminaison, a écrit un très-bon mémoire sur cette matière. Ce n'est qu'après ces péripéties diverses que l'étude en a été reprise en France. On doit à Baudelocque un très-bon travail, dont celui de Salmon n'est, en somme, que la reproduction.

Longtemps on a considéré la rétroversion utérine comme un véritable accident, dû à la précipitation de l'organe dans le bassin. On croyait aussi que, dans de telles conditions, la conception était devenue impossible. M. Bernutz a observé deux faits de cette nature, qui, après bien d'autres, démontrent que cette ectopie n'est pas un obstacle à l'imprégnation (1).

Une femme, sortie de ses salles avec un utérus en rétroflexion dûment constatée, y fut admise de nouveau au bout de deux ans, étant enceinte de deux ou trois mois. Elle fit une fausse couche, et quitta l'hôpital en conservant sa rétroflexion.

Une dame, éprouvant, depuis douze ans, des douleurs de bas-ventre, augmentées à la suite d'une fausse couche, vint, il y a deux ans, consulter M. Bernutz. Cet habile gynécologiste constata une rétroversion de l'utérus, dont le fond était fixé, par des adhérences, dans la concavité du sacrum. Cette malade fut envoyée aux eaux. A son retour, une grossesse fut constatée. Comme le déplacement de l'utérus avait déjà donné lieu à une fausse couche, M. Bernutz, pour éviter un nouvel accident, conseilla à cette dame de recourir aux moyens suivants :

Repos absolu au lit. Tenir la vessie et le rectum libres. Grâce à un traitement si simple, cette dame put mener à bon port sa grossesse.

Généralement, les accidents liés à l'état de rétroversion ou de rétroflexion de l'utérus se développent lentement. Ils surviennent presque toujours dans les quatre premiers mois de la gestation. On les observe encore quelquefois jusqu'au septième mois ; mais de tels faits sont exceptionnels.

(1) Les faits de cette nature abondent dans la pratique. Une dame, à l'accouchement de laquelle nous avons présidé dans ces derniers temps, n'avait pas eu d'enfant après seize ans de mariage. Cette stérilité était attribuée à une rétroversion de l'utérus. C'est dans de telles conditions qu'est survenue une grossesse, sur le compte de laquelle cette dame s'est fait illusion jusqu'au terme de sept mois. Bien qu'âgée seulement de trente-six ans, elle rapportait à la ménopause la suspension de l'écoulement menstruel. (*N. d. R.*).

Le premier symptôme qui doit éveiller l'attention de l'homme de l'art, c'est la difficulté d'uriner. Lorsqu'une femme enceinte accuse un tel symptôme, il faut pratiquer le toucher.

Si l'on n'arrête pas l'affection à son origine, une seconde complication ne tarde pas à se mettre de la partie. La malade éprouve de la difficulté pour aller à la garde-robe. Ces doubles phénomènes de compression, quand on n'y met pas ordre à temps, ont pour effet infaillible d'augmenter le déplacement de l'utérus.

Il faut reconnaître trois degrés dans la rétroversion utérine. Dans le premier degré, le fond de l'utérus répond à la partie supérieure du sacrum; dans le second, il est dirigé vers la concavité de ce même os; dans le troisième, enfin, il descend jusque sur le plancher périnéal.

Sous l'influence de ce déplacement de l'utérus se produisent divers phénomènes intéressants à étudier.

Les malades accusent des douleurs pelviennes, liées à la congestion de tous les organes.

Ce sont surtout les troubles qui se passent du côté de la vessie qui doivent attirer l'attention.

La miction devenant impossible, cet organe se distend de plus en plus. On l'a vu s'élever jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Tel a été le cas dont Martin, jeune, nous a laissé l'histoire. D'autres fois l'urine s'altère, et occasionne l'ulcération, la perforation de la vessie et du vagin. Mayor et Greuzemet ont chacun rapporté un exemple de cette nature. L'utérus a fait hernie au travers des parois vaginales sphacélées.

Il faut encore noter, au nombre des complications déterminées pas l'ectopie de l'utérus, la fièvre et les accidents nerveux.

Lorsque l'on pratique le toucher, dans les cas de rétroversion de l'utérus gravide, on constate que la paroi antérieure du vagin a une énorme étendue; étendue telle que, souvent, il devient impossible d'atteindre jusqu'au col.

Par suite de cet allongement de cette paroi du vagin, le méat urinaire est tellement remonté en arrière du pubis, qu'il devient très-difficile de le reconnaître et de pratiquer le cathétérisme. Ce conduit acquiert parfois une telle friabilité, qu'on a pu, plus d'une fois, perforer le vagin, en faisant usage d'une sonde métallique.

Deux indications se présentent tout d'abord pour combattre, dans ses effets, la rétroversion de l'utérus. Il faut procéder au cathétérisme, deux ou trois fois par jour au besoin, en se servant de sondes molles. Pour évacuer le rectum on est souvent obligé de recourir à la sonde œsophagienne, qui permet de reporter, au delà de la hauteur du fond de l'utérus, le liquide destiné à produire l'entraînement des matières fécales.

Cette double précaution suivie d'effet, quelquefois la réduction de l'organe s'effectue d'une façon spontanée. D'autres fois, on l'obtient aisément par de douces manœuvres digitales.

Pour ce qui est de la réduction artificielle, divers procédés ont été conseillés.

Le plus simple consiste à introduire dans le vagin deux doigts, avec lesquels on refoule le fond de l'utérus vers le promontoire. Dans un second mode, on repousse ce même fond avec deux doigts d'une main, deux doigts de l'autre main agissant de concert, mais en sens inverse sur le col de l'utérus, en vue d'obtenir son abaissement.

Une autre méthode consiste dans les manœuvres effectuées par la voie du rectum, la malade étant placée dans diverses attitudes. Godefroy, de Rennes, a conseillé une singulière position. Il fait placer la malade sur le bord de son lit, les parties génitales correspondant à ce même bord, les extrémités pelviennes étendues transversalement sur la couche, la tête reposant sur le plancher. Deux doigts introduits dans le rectum permettent généralement d'effectuer ainsi la réduction.

Il convient de faire observer qu'il y a un certain danger à exercer des violences dans de semblables tentatives. L'utérus peut avoir contracté de solides adhérences, dont on n'opère pas toujours impunément le déchirement. On a vu, à

la suite de manœuvres peu violentes, se produire des péritonites mortelles. Un fait de cette nature s'est produit à la Pitié.

Une femme enceinte de trois mois entra à l'hôpital pour se faire traiter d'accidents dépendants d'une rétroflexion. On opéra le redressement de l'organe sans trop de peine. L'avortement ne tarda pas à se produire : il fut suivi d'une péritonite promptement mortelle. L'autopsie permit de constater la déchirure d'adhérences fibreuses, qui unissaient le fond de l'utérus au rectum.

Il ne faut donc pas le perdre de vue : les tentatives les moins violentes peuvent être suivies de mort. En présence de ces éventualités, il est plus sage de ne pas intervenir quand la femme n'est pas exposée à un danger imminent. La nature, en effet, vient souvent en aide aux malades, et l'avortement se produit spontanément.

Lorsqu'il n'en est pas ainsi, et que les accidents deviennent menaçants, il est indiqué d'intervenir. Le mode d'intervention le plus simple consiste dans l'emploi des agents de dilatation cervicale. Malheureusement il n'est pas toujours facile de parvenir jusqu'au col et d'y introduire une ampoule dilatatrice (1). Lorsque les agents d'un tel ordre ne peuvent être mis en usage, on est bien forcé de recourir à un autre moyen. Mais ce dernier parti, il faut bien le savoir, n'est pas sans faire courir les plus grands dangers à la malade. Il s'agit de pratiquer la ponction de l'utérus. Il est deux voies de pénétration : celle du vagin, et celle du rectum.

Il semblerait plus logique de recourir à la ponction vaginale. Cependant, les faits sont là pour le démontrer, celle qui s'effectue par le rectum donne des résultats plus favorables (2).

Après l'accouchement, la malade est fort exposée aux récidives. Il est donc bon de la surveiller, afin de couper court à tout accident ultérieur. Il faut ordonner le séjour au lit, et avoir soin d'entretenir la liberté de la vessie et du rectum, dont l'état de plénitude entraîne, en pareils cas, de grands inconvénients.

Pour faire reprendre à l'organe déplacé la position qu'il doit occuper dans le bassin, il est un excellent moyen, d'origine Française, auquel il est indiqué de recourir. Ce moyen consiste dans l'emploi d'un ballon à air, que l'on introduit et que l'on gonfle dans le rectum. On donne à ce ballon un petit volume, que l'on augmente chaque jour graduellement. Par un tel mode, on arrive à obtenir la réduction de l'organe ectopié, sans s'exposer à aucun accident.

Ce moyen, qui réussit d'ordinaire après l'accouchement, peut aussi être employé avec avantage pendant la grossesse. Comme le ballon ne porte pas son action sur le col, il ne provoque pas le travail à temps inopportun. Grâce à lui, on peut donc espérer que, l'utérus une fois redressé, la grossesse continuera heureusement son cours.

Il est un mode de déplacement, de déformation de l'utérus, sur lequel il est bon d'attirer un instant l'attention. Il a reçu de Kivisch le nom d'*obliquité postérieure* de la matrice. M. Depaul, qui en a récemment observé un exemple très-remarquable, lui a assigné celui de *dilatation sacciforme* de la paroi postérieure de l'utérus. Cette variété de la rétroversion s'observe d'ordinaire du septième au huitième mois. On a pu en voir, cependant, des exemples à une époque antérieure de la grossesse.

Dans ces conditions, la paroi postéro-inférieure de la matrice s'engage dans les replis du ligament de Douglas, et proémine à la partie inférieure du vagin, s'abaissant jusqu'au plancher du périnée. En même temps que le fond de l'utérus occupe cette position déclive, le col s'élève

(1) Cette réflexion est forte juste, pour ce qui a trait à l'emploi des dilatateurs ampullaires connus jusqu'ici. Il n'en est pas de même de notre incitateur cervical hydrostatique qui, dans les cas qui nous occupent, serait, croyons-nous, susceptible d'être utilisé avec de grands avantages. (*N. du R.*)

(2) Est-il besoin de le faire observer? La ponction de l'utérus aboutit presque fatalement à l'avortement. Pour la pratiquer, il faut avoir recours, non à un trocart ordinaire, mais à un appareil à aspiration profonde, que ce soit du reste, celui de M. Dieulafoy, celui de M. Pétain où le nôtre. L'essentiel, c'est de procéder dans le vide, et de se mettre à l'abri de l'entrée de l'air, en faisant usage d'un trocart de très-petit calibre. (*N. de la R.*)

tellement que, dans certains cas, le doigt ne peut l'atteindre. On l'a vu se porter jusqu'à 0,02 à 0,03 de l'ombilic. On a plus d'une fois, dans ces conditions, senti les mouvements actifs du fœtus au travers de la paroi postérieure du vagin.

Les cas de ce genre peuvent donner lieu à de grandes incertitudes diagnostiques. L'idée d'une *oblitération du col* se présente la première à l'esprit. Il est une notion anatomique qui rend alors un grand service. Dans ce dernier cas, on retrouve aisément les culs-de-sac latéraux, qu'on ne rencontre plus dans les conditions anomales qui nous occupent.

Deux particularités viennent encore éclairer l'accoucheur. Dans la dilatation sacciforme, on trouve le corps de l'utérus qui remplit la concavité du sacrum, en même temps que l'on observe des accidents de compression, qui ne peuvent se produire lorsqu'il s'agit d'une oblitération de l'orifice cervical.

A quel parti convient-il de s'arrêter, lorsqu'une telle situation est bien définie? Evidemment, l'intervention de l'art est seule propre à sauver les jours de la malade, car l'utérus ainsi déplacé ne saurait se suffire à lui-même. Deux modes de faire seulement sont à la disposition de l'accoucheur.

Le procédé le plus simple consiste à introduire la main entière dans le vagin, et à s'efforcer d'accrocher le col, pour tenter d'en opérer l'abaissement, de manière à ramener l'axe de l'utérus dans le sens de celui du bassin.

Lorsque cette manœuvre ne réussit pas, il n'est plus qu'une ressource pour s'efforcer de sauver les deux existences. Cette *ultima ratio* consiste dans la pratique de l'opération césarienne, par la voie du vagin. C'est à ce moyen désespéré que M. Depaul a eu recours dans le cas dont il a été question, il y a un instant. Il a eu la mauvaise chance, dans son incision, de tomber sur le placenta. Sa malade a succombé à une péritonite. C'est bien ici le lieu de le répéter : *melius anceps quam nullum* (1).

Dr ANGELOT.

(1) Voir l'observation relatée plus loin (p. 68).

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Service de M. le professeur GOSSELIN (1).

§ 4. — Fistule à l'anus chez les tuberculeux. — Indication et contre-indication de l'opération.

Un jeune malade, porteur de nombreuses cavernes dans les poumons, se tourmente beaucoup de douleurs qu'il attribue à une fistule anale. On trouve bien, en effet, un petit trajet fistuleux sous-tégumentaire, aboutissant, non loin de son orifice externe, à la partie inférieure du rectum. Mais ce n'est pas cette fistule qui donne lieu aux souffrances vives dont se plaint ce jeune homme. Elles proviennent d'une grosse hémorrhoïde externe, tendue, douloureuse à la pression et à la suite de tout mouvement. Il s'agit, en un mot, d'une phlébite variqueuse hémorrhoïdale. Le traitement local doit consister, pour l'instant, dans le repos absolu et l'application de cataplasmes de fécules.

La tumeur hémorrhoïdale une fois dégonflée, y aura-t-il lieu de songer à une opération?

Dans le cas dont il s'agit, cette opération serait très-simple et nullement dangereuse. Il y a, toutefois, des raisons qui doivent engager à ne pas la pratiquer. Chez les sujets débilités, comme ce malade, la cicatrisation des plaies se fait très-lentement. Chez ce sujet, la constitution est minée; il y a de la fièvre le soir; les crachats sont abondants; l'état général est très-mauvais. Pratiquée en de telles conditions, l'opération pourrait donner lieu à des accidents.

Est-ce à dire, cependant, que la tuberculisation exclut toute idée d'opérer la fistule anale? Non, assurément. Mais il faut distinguer les cas où il convient d'agir, de ceux dans lesquels il est plus prudent de s'abstenir.

Si l'on avait affaire à un tuberculeux arrivé à la première période de la maladie; si le trajet fistuleux était long, avec

(1) Suite. Voir le numéro du 15 janvier.

callosités; si la douleur locale était accrue par le mouvement, par la toux, par l'éternuement; il serait indiqué de débarrasser le malade d'une aussi gênante complication.

Dans les conditions opposées, analogues à celles où se trouve notre malade, il en est autrement. Il y a lieu, évidemment, de combattre la phlébite hémorrhoïdale; mais il faut éviter, à moins d'une indication formelle, de toucher au trajet fistuleux.

§ 5. — Troubles abdominaux occasionnés, chez une hystérique, par l'évacuation incomplète du réservoir urinaire.

Une femme âgée de vingt-six ans, mère de deux enfants, est entrée hier soir à l'hôpital, pour se faire traiter d'une affection abdominale caractérisée ainsi qu'il suit :

Cette malade se plaint, non de douleurs, mais d'un malaise, d'une pesanteur, d'un tiraillement dans le ventre. Elle accuse un gonflement douloureux plus prononcé dans le cours du jour que le matin à son réveil. La station verticale est très-pénible; et elle est obligée constamment de s'asseoir, ce qui rend sa position très-pénible, sa profession de blanchisseuse la contraignant à se tenir constamment debout. Cet état de choses dure depuis un mois.

Rien de particulier à noter du côté des organes sexuels.

Tous les matins, cette femme à des maux de cœur, des renvois et des vomituritions de matière pituiteuse. Il y a peu de dyspepsie.

Ajoutons que cette femme est très-nerveuse, qu'elle se met aisément en colère, et qu'à la suite de ces colères, elle est sujette aux attaques d'hystérie.

Jusqu'ici, nous ne voyons rien qui puisse nous fixer sur le diagnostic. Arrivons à l'exploration des organes de la malade.

Le ventre est très-développé, mais par la palpation on constate une grande souplesse des parois de l'abdomen et des organes qui présentent avec elle des rapports immédiats.

La percussion donne une grande sonorité dans toute la région abdominale, sauf à l'hypogastre, où on trouve à la fois de la matité et de la douleur à la pression.

La vessie ne serait-elle pas le siége du mal? Interrogée dans ce sens, la malade répond qu'elle a de vives et fréquentes envies d'uriner. Il faut qu'elle satisfasse à la miction toutes les heures, le plus souvent, même, toutes les demi-heures. Ce besoin est impérieux, et il faut qu'il soit satisfait de suite, sans quoi les urines s'écoulent involontairement. Il en est ainsi, également, sous l'influence de la toux. A part cela, nulle douleur, ni au premier, ni au dernier temps de la miction. Pas de sang, pas de graviers dans les urines.

Au moment de la visite, la malade comptait une heure depuis sa dernière miction. M. Gosselin se fait donner une algalie, et retire de la vessie un demi-litre d'urine, proportion exagérée du double environ de celle qui doit s'accumuler dans le réservoir urinaire, dans un égal laps de temps.

Durant le cours même du cathétérisme, qui n'a donné lieu à aucune douleur, cette femme est prise d'un assez violent accès d'hystérie. Paroles sévères du chirurgien qui, disait-il, n'aime pas les hystériques. Tableau !

Cette particularité achève de fixer M. Gosselin sur la nature de cette affection. Pour lui, il s'agit d'une variété de la cystalgie. Cette femme ne vide pas entièrement sa vessie, et elle urine le trop plein. De là son état de malaise dont, jusqu'ici, elle n'a pas su reconnaître la véritable cause.

La rétention incomplète de l'urine, chez la femme, est un phénomène plus commun qu'on ne le pense. Il s'observe fréquemment à la suite des couches, et les accoucheurs expérimentés ne s'y laissent pas prendre. Il se produit plus souvent encore chez les hystériques. *Toutes les fois qu'une femme accuse des mictions fréquentes; il faut toujours soupçonner l'émission incomplète des urines.* On trouve, en pareils cas, de la matité et de la douleur

provoquée à la région hypogastrique. Pour éclairer le diagnostic, il n'y a qu'une chose à faire : pratiquer le cathétérisme.

Comme moyen curatif, l'algalie est encore le meilleur remède. En vidant à fond la vessie de temps en temps, on ne tarde pas à lui rendre son ressort, pour peu que la maladie ne soit pas ancienne.

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Sur le traitement de la fièvre typhoïde.— *Méthode de Brandt. — Thérapeutique rationnelle. — Simple aperçu critique.*

Le traitement de la fièvre typhoïde est toujours chez nous, malheureusement, une question d'actualité. C'est cette considération qui nous engage à reproduire un article très substantiel, que nous empruntons au *Journal d'hygiène*. Indépendamment du traitement rationnel, qui s'y trouve très-nettement formulé, nos lecteurs liront avec intérêt les lignes si judicieuses que l'auteur consacre à deux questions tout à l'ordre du jour. Nous voulons parler de la thermométrie et de la méthode de Brandt, ou plutôt de Jacquez de Lure.

Depuis de longues années déjà, écrit M. Moutard Martin, le traitement de la fièvre typhoïde ne variait guère. Après le règne des saignées et de la diète *absolue*, pendant lequel on observait ces états adynamiques et ataxo-adynamiques, si fréquents et si graves, en même temps qu'un tympanisme du ventre qui allait jusqu'à favoriser l'asphyxie, et que nous n'observons plus de nos jours, vint le règne presque absolu de la méthode purgative préconisée par le Dr de Laroque. Un certain nombre de bons esprits, parmi lesquels il faut citer nos maîtres dans les hôpitaux, les Chomel, les Rostan, les Andral, etc., surent tenir un moyen terme, et si nous les vîmes employer la méthode purgative, ils surent y allier, dans quelques cas exceptionnels, la saignée ; dans quelques cas, l'ataxie surtout, les affusions et les lotions froides, ainsi que les bains tièdes ; dans d'autres cas, les toniques, le vin, le quinquina, etc.

Ajoutez à cela une alimentation sage et suffisante, et vous aurez institué le traitement qui a dominé depuis cette époque jusqu'à ce jour.

Quels ont été les principaux effets de ce traitement ?

Diminution de la fréquence des phénomènes ataxiques, ataxo-adynamiques et adynamiques, disparition presque complète du tympanisme. Tous ceux qui ont suivi les hôpitaux, il y a trente ans, peuvent en rendre témoignage. Je ne parle pas ici de la forme épidémique de la maladie qui fait varier les caractères dominants, je prends l'ensemble des fièvres typhoïdes observées pendant le cours de plusieurs années, et je dis qu'avec le traitement éclectique institué par nos maîtres, auquel nous avons ajouté à notre tour l'*alimentation*, la thérapeutique de la fièvre typhoïde a fait un immense progrès.

Depuis un certain nombre d'années le médecin ne marche plus que le thermomètre à la main. — (Il faut toujours que le médecin ait quelque chose à la main, dont il abuse, lancette, microscope, seringue de Pravaz, ou thermomètre. Je ne fais fi de rien, mais je cherche à ne pas me laisser entraîner sans preuves suffisantes.) — Le thermomètre donc a conduit à ceci : constater que dans certaines maladies la chaleur augmente. — La main l'avait dit à nos pères ; — mais, ce qu'ils ne savaient pas et que le thermomètre nous a appris, c'est qu'au delà de certaine température la vie ne peut plus continuer, il y a hyperthermie et mort imminente. — Ce que le thermomètre nous a encore appris, c'est que la fièvre typhoïde et le rhumatisme cérébral, ou plutôt hyperthermique, sont les deux maladies où l'on voit la température du corps s'élever et se maintenir au degré le plus élevé. De cette constatation à la conception d'un

traitement réfrigérant, il n'y a qu'un pas. — Quand je dis *conception*, j'ai tort, car comment caractériser les lotions froides, les affusions, les bains tièdes, si ce ne sont des moyens réfrigérants? Dans quel but les administrons-nous, si ce n'est pas pour *abaisser la température*, *modifier la chaleur mordicante* de la peau, en *ouvrir les pores*. — Je me sers à dessein de toutes ces expressions dont se servaient nos maîtres, pour bien montrer qu'ils sont les inventeurs de la méthode réfrigérante. — Mais il faut rendre cette justice à la thermométrie qu'elle donne des bases positives pour asseoir le traitement, et qu'elle a permis d'user scientifiquement de moyens violents que l'on n'aurait pas osé mettre en usage aussi audacieusement qu'on l'a fait, sans les indications précises qu'elle fournit.

Je veux parler des bains froids administrés suivant la méthode allemande, dite de Brandt, et qui appartiendrait plutôt à un Français, le Dr Jacquez de Lure.

Je ne veux pas faire l'historique de cette méthode de traitement. Je la crois destinée à un grand avenir dans le traitement du rhumatisme cérébral hyperthermique, et à M. Maurice Raynaud appartient l'honneur des premiers succès: mais, malgré des partisans fanatiques à Lyon, d'autres plus modérés dans la même ville, de sages et prudents expérimentateurs à Paris, je ne crois pas cette méthode appelée au même succès dans le traitement de la fièvre typhoïde. On comprendra que je n'entre pas ici dans les détails du traitement, mais il est dur pour les malades, il est difficile à administrer surtout quand il faut le prolonger pendant plusieurs jours; il demande des soins attentifs et une surveillance dont un médecin est seul capable, sous peine de voir survenir des accidents graves. Les partisans des bains froids signalent des cas où l'on a vu la température s'abaisser de 4° après un bain, il est difficile de croire que ce puisse être toujours sans danger.

Quel est l'effet immédiat du bain froid?

Frisson au bout de quelques minutes, claquements de dents, cyanose.

Que signifient ces divers phénomènes?

Ils signifient concentration vers les organes internes.

Quels sont les organes internes les plus exposés à la concentration?

Les organes les plus vasculaires d'une part, et ceux qui, étant particulièrement atteints par la maladie, constituent un point d'appel.

Or, comme organes éminemment vasculaires, nous trouvons les poumons, et comme organes atteints particulièrement par la maladie, nous trouvons l'intestin et les poumons dans la forme thoracique de la fièvre typhoïde. Nous ne sommes donc pas surpris de voir nos honorables collègues Féréol et Maurice Raynaud nous signaler des hémoptysies consécutives au traitement par les bains froids, et Maurice Raynaud leur attribuer, avec cette bonne foi qui le caractérise, un certain nombre de congestions pulmonaires et même de pneumonies.

Je n'ai pas de renseignements suffisants pour dire que les hémorrhagies intestinales sont plus fréquentes sous l'influence des bains froids, cependant je pense, *a priori*, que ce doit être, et j'ai peut-être lieu de croire que cette présomption sera confirmée.

De tout cela, faut-il conclure que je me pose en ennemi déclaré des bains froids dans la fièvre typhoïde? Ce serait fausser ma pensée. Je ne suis pas suffisamment éclairé jusqu'à ce jour. Je ne suis pas encore convaincu par les statistiques Lyonnaises, dont quelques-unes me paraissent trop belles, pour porter la conviction dans mon esprit; je ne suis pas convaincu encore par mes collègues Maurice Raynaud et Féréol, qui sont dans la période d'essai, et se tiennent eux-mêmes sur une sage réserve.

Mais j'ajoute immédiatement, — ami du progrès en tout, surtout en thérapeutique, — je ne demande qu'à être convaincu, et je serais trop heureux d'avoir entre les mains un moyen qui me donnerait l'assurance de diminuer la mortalité d'une maladie comme la fièvre typhoïde.

En résumé :

Le traitement de la fièvre typhoïde,

contre laquelle il n'existe pas de spécifique, doit consister dans le traitement des symptômes. Vomitif au début quand l'état saburral domine; quelquefois, mais rarement, une émission sanguine si les phénomènes congestifs s'accentuent, purgatifs répétés assez souvent, tant que les gardes-robes sont infectes, afin d'opérer une sorte de lavage de l'intestin, et de n'y pas laisser séjourner les produits de sécrétions putrides, lavements fréquents à basse température. Bains tièdes; lotions froides plus ou moins prolongées suivant la température et l'état de sécheresse de la peau, affusions froides dans l'ataxie, vin, quinquina, stimulants dans l'adynamie; *alimentation* dosée suivant les périodes et l'état fébrile, tel est le traitement que j'ai toujours mis en usage depuis vingt-cinq ans, et dont je n'ai eu qu'à me louer.

Quant à la méthode dite de Brandt, je ne la repousse pas systématiquement. Je demande à être édifié sur son compte, et, jusqu'à nouvel ordre, je suis porté à lui attribuer quelques accidents que nous n'observons pas ordinairement dans le cours de la fièvre typhoïde.

— Pour compléter les considérations qui précèdent, il ne nous paraît pas hors de saison de donner, sur ce mode thérapeutique, quelques explications qui pourront être utiles à ceux de nos confrères désireux de l'expérimenter chez leurs propres malades.

Commençons par établir l'inexactitude de l'expression consacrée par Brandt: méthode par les *bains froids*. Le médecin Allemand, qui semble avoir adopté la température la moins élevée, administre constamment des bains à 20°. Mais ce ne sont pas là des bains froids. Ils ne méritent cette appellation que lorsque la température varie entre 12° et 18° centigrades. Ils sont dites *frais*, de 18° à 25°; *tempérés* de 25° à 30°.

La dénomination adoptée par Brandt, et consacrée par l'usage, n'est donc pas heureuse, car elle repose sur une notion inexacte, et donne une idée fausse de la méthode. Pour se servir d'une expression juste et scientifique, il faudrait désigner ce mode balnéaire sous le nom de : méthode par les *bains frais*, ou *tempérés*. De cette façon aucune confusion ne serait possible, et chacun s'entendrait.

Ainsi que nous le faisions observer à l'instant, Brandt, qui a la prétention de guérir toutes les fièvres typhoïdes par l'application de sa méthode, administre constamment les bains à une température de 20°. En France on est généralement porté à commencer par un degré un peu plus élevé. On débute, d'ordinaire, par de l'eau à 26° ou 28°; sauf à abaisser cette température au bout de quelques instants, ou pour les bains suivants.

La durée du bain varie d'un quart d'heure à une demi-heure. On doit avoir soin de retirer le malade de la baignoire au moment de la production du frisson.

Le but que l'on se propose étant de soustraire au sujet le calorique en excès, on doit revenir au bain aussitôt que le bénéfice de ce dernier est perdu, par le retour de la température hyperthermique. Pour tirer tout le parti possible de la méthode, six bains sont donc, en général, nécessaires dans le cours du nychthéméron, à savoir : quatre bains dans la journée, et deux dans la nuit; ce qui revient à dire que l'on doit immerger le malade une fois, environ, toutes les quatre heures.

Cette particularité suffit pour faire voir combien une telle médication comporte de difficultés dans son application. Pour ce qui est de l'efficacité d'une méthode qui n'est pas exempte de dangers, les résultats obtenus par les expérimentateurs sont contradictoires. Les derniers résultats sont loin de lui être favorables.

Dans un service hospitalier de Paris, qu'il ne nous semble point nécessaire de désigner, la méthode de traitement basée sur l'administration des bains froids a été largement employée. Les résultats auxquels elle a donné lieu en sont tristement significatifs. La proportion des décès a été de 30 à 35 0/0, tandis que la médication des symptômes n'a fourni à la mortalité qu'un contingent de 12 à 13 0/0.

Dans l'équitable appréciation de ces dernières données statistiques, il faut tenir

compte surtout d'une circonstance. C'est l'hiver que cette méthode a été appliquée, saison peu favorable à la balnéation. De plus, c'est à l'hôpital que ces malades ont été traités, c'est-à-dire dans des conditions de bien-être et de confort assez peu avantageuses.

Pour être mis en pratique dans la saison froide avec toutes les chances de succès désirables, un tel mode de traitement nous semble exiger deux conditions indispensables. La température de la chambre du malade doit être assez élevée pour le soustraire à tout danger provenant de la réfrigération. Pour plus de sécurité, c'est le médecin lui-même qui doit présider à l'administration des bains : lui seul, en effet, est apte à manier sûrement cette véritable arme à double tranchant.

Pour dire toute notre pensée, la méthode de Brandt ne nous semble guère susceptible de se généraliser dans la pratique courante de la ville, où, cependant, bien appliquée, elle paraîtrait devoir présenter le plus de chances de succès. La statistique, en effet, établit assez clairement qu'elle n'est pas sans exposer les jours des malades. Ce mode de traitement n'est pas passé dans nos habitudes. Si la fin ne justifie pas le moyen, pour peu que son autorité ne soit pas suffisamment établie, le médecin court grand risque d'être rendu responsable du mauvais succès de la cure.

Nous en sommes, pour l'instant, à la période de l'engouement. Viendra bientôt le temps où il nous sera permis d'apprécier sans passion si, toute balance faite entre les dangers auxquels il expose les malades et les avantages qu'il leur procure, ce nouveau mode mérite en réalité, ainsi que le prétend son promoteur, d'être érigé en méthode générale de traitement. Comme cette question est plus que jamais à l'étude, nous ne tarderons pas à revenir sur un sujet qui, le fait n'est malheureusement que trop ordinaire en matière de thérapeutique, nous promet, longtemps encore, de nombreuses dissidences.

Dr Ch. Bertrand.

Action de la scille (par le professeur Husemann, à Gœttingue).

La scille est un des remèdes le plus anciennement connus en médecine. *Pythagore*, qui en avait appris l'usage des Egyptiens, l'employait déjà contre l'hydropisie. Néanmoins, jusqu'à ces derniers temps, son mode d'action n'a été étudié que très-imparfaitement. Aujourd'hui encore nous prescrivons différentes préparations dont se servaient les anciens. Ainsi *Pythagore* employait le vinaigre (*acetum scillæ*), *Hippocrate* le miel (*mellitum scillæ*), et dans les auteurs du premier siècle de l'ère chrétienne, on trouve cité l'oxymel (*oxymel scilliticum*). L'extrait (*extractum scillæ*) de l'ancienne pharmacopée borussica était un extrait aqueux obtenu à froid et en poudre ; maintenant la pharmacopée germanica le prépare d'un extrait spiritueux des bulbes grossièrement pulvérisés.

Jusqu'ici on n'a point découvert encore de base végétale dans la scille. La scillitine, qu'on rencontre dans le commerce, est un extrait purifié dont l'action est tout à fait incertaine. Les expériences de l'auteur sur les animaux prouvent qu'il est impossible de séparer les propriétés toxiques et thérapeutiques de la scille. Il en est ainsi, du moins, pour ce qui concerne ses propriétés diurétiques ; renforcées, elles deviennent la base de l'action toxique et délétère de ce médicament sur l'organisme.

Autrefois, la scille passait pour un drastique et un diurétique âcre. Les vomissements et la purgation qu'elle cause étaient regardés comme les symptômes de son action immodérée sur les intestins (comme la coloquinte, et l'élatérium), et l'augmentation de la diurèse, comme l'effet de l'irritation des reins et du plus grand afflux du sang qu'elle produit vers ces organes. Mais les expériences, que l'auteur, suivant l'exemple de Schroff et de Rabuteau, a entreprises sur les animaux prouvent que cette opinion n'est pas fondée. En effet, de ces expériences,

il ressort que la scille renferme une matière qui, *à l'instar de celles renfermées dans la digitale, agit sur le cœur et la circulation et qui, à doses toxiques, produit un ralentissement énorme de l'action du cœur, un arrêt systolique de cet organe*; que cette matière, qu'il faut ranger parmi les poisons du cœur, est aussi le principe actif du nouvel extrait qui vient de trouver place dans la pharmacopée germanica. Cette action du médicament a lieu sans produire de symptômes inflammatoires dans l'estomac et les intestins, ou sans qu'il soit possible d'en découvrir après la mort par empoisonnement. Le vomissement est un symptôme propre à tous les poisons du cœur, notamment à la digitale.

De même qu'avec les autres poisons de cette catégorie, dans l'empoisonnement des grenouilles avec l'extrait de scille, on observe d'abord un ralentissement des pulsations et, après quelque temps, l'arrêt du ventricule, un peu plus tard celui des oreillettes. A cet état de repos, les ventricules sont pâles et paraissent complétement exsangus, les oreillettes, au contraire, sont gonflées de sang foncé; l'irritabilité du cœur est complétement éteinte, mais la moelle, les nerfs et les muscles réagissent presque normalement, de sorte que la grenouille est capable même de faire encore des sauts. Chez les animaux à sang chaud, on observe de même cette double action caractéristique sur le système nerveux régulateur du cœur et sur le muscle du cœur: ralentissement et arrêt systolique de cet organe avant l'extinction des mouvements respiratoires, et peu après, perte de la faculté de contraction sous l'influence des irritants mécaniques et électriques.

D'après les observations de l'auteur, au début de l'action de l'extrait de scille, l'énergie du cœur se trouve renforcée aussi bien chez les grenouilles que chez les animaux à sang chaud. On peut voir chez la grenouille et sentir chez les pigeons, les lapins et les chats empoisonnés, les contractions du cœur devenir plus lentes, mais d'autant plus énergiques. Ce renforcement des contractions du cœur est en rapport avec l'augmentation de la pression sanguine. Ces effets sont communs à tous les poisons du cœur, à la digitaline, à l'hélléboréine et à l'antiarine; selon les observations cliniques de *Traube*, ils sont la cause de *l'augmentation* de *la diurèse*. Il en est de même avec l'action diurétique de la scille. Son emploi chez l'homme produit aussi la tension des artères. La scille donc, comme la digitale, doit être employée comme diurétique lorsque la pression sanguine est diminuée et elle est contre-indiquée lorsque cette dernière est augmentée. L'auteur, dans ses expériences, n'a jamais trouvé dans les reins la moindre trace d'inflammation qui pût être rattachée à une action irritante du remède sur ces organes pendant la vie.

Pour ce qui concerne l'action expectorante de la scille, M. Husemann, dans ses expériences sur les animaux, n'a pu trouver le moindre point d'appui.

La dose pour malades était autrefois bien supérieure à celle d'aujourd'hui. Dans une matière médicale parue à Berlin en 1766, il est dit: on peut donner 5 à 8 grains par dose et selon les circonstances, aller jusqu'à un demi-scrupule en substance. » Aujourd'hui elle varie de 4 à 25 centigrammes.

Dr Smith, de Moscou.

Des bougies métalliques.

La difficulté de graduer d'une façon très-régulièrement progressive les bougies en gomme, fait donner, dans certains cas, la préférence aux bougies métalliques.

Les anciens se servaient de tiges de plomb droites, qu'ils introduisaient dans le canal pour dilater les rétrécissements et lorsqu'elles étaient parvenues jusque dans la vessie, ils pressaient sur l'urèthre pour leur imprimer une courbure convenable. Mayor de Lausanne les remplaça par des bougies d'étain, qui offrant plus de résistance, lui permettaient de faire la dilatation forcée avec celles d'un gros calibre. Heurteloup employait des bougies en acier.

Les bougies métalliques ont varié par la forme et de plus par la graduation.

Beniquié préconisant la dilatation très-lente des rétrécissements de l'urèthre, fit faire des bougies d'étain d'une forme spéciale, graduées par sixièmes et même par douzièmes de millimètre (fig. 1).

Heurteloup fit construire des bougies

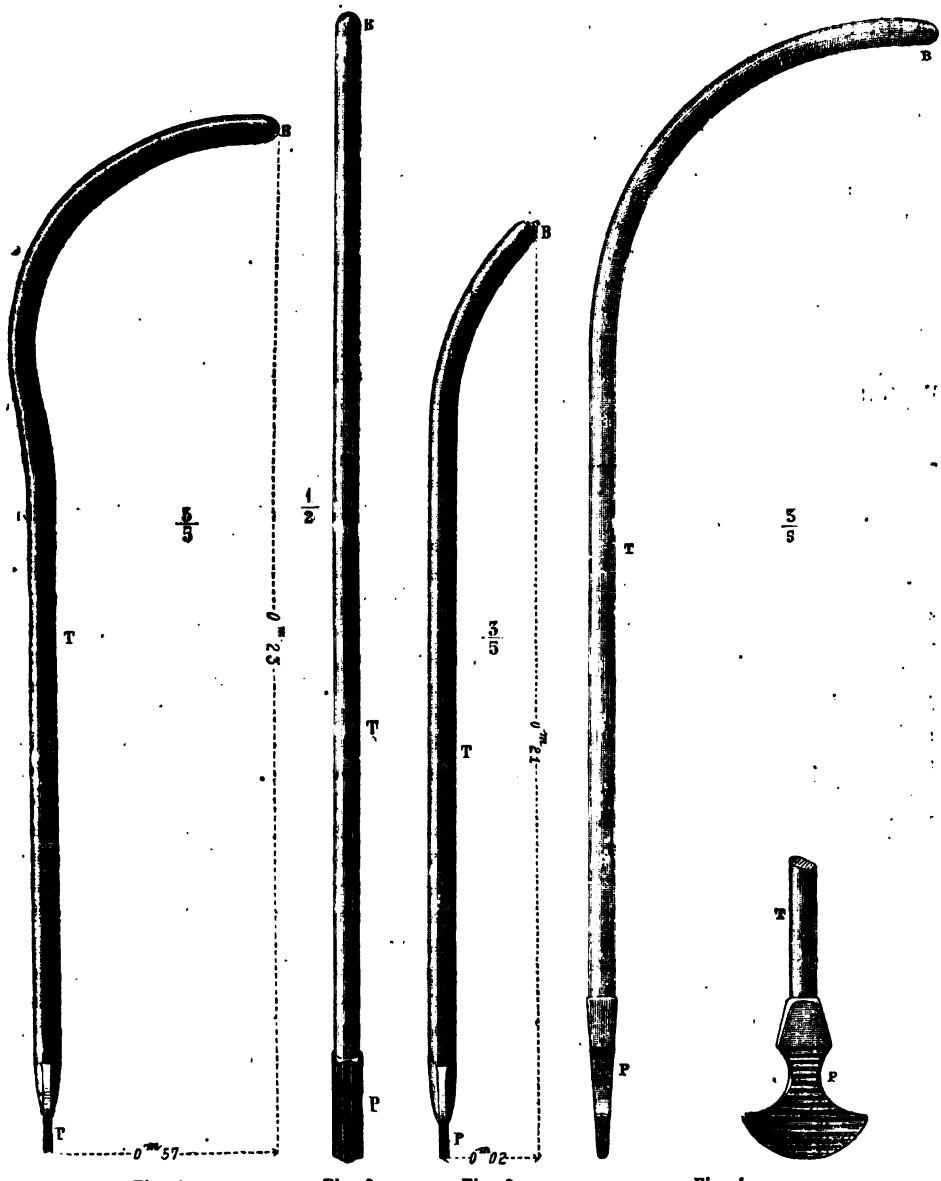


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

droites en acier, graduées par cinquièmes de millimètre (fig. 2).

Amussat père ayant observé que l'introduction des bougies métalliques jusque dans le col de la vessie était inutile et quelquefois nuisible, fit faire, chez Charrière, des bougies plus courtes ayant la forme des sondes de femme, et graduées

par quarts de millimètre. Il ne les introduisait que jusque dans la région prostatique (fig. 3).

M. Le Dr A. Amussat, qui emploie journellement ces différentes bougies, en a fait fabriquer, chez M. Collin, en acier nikelé ayant la forme de la sonde à grande courbure de son père. Il s'en sert le plus ordinairement après l'uréthrotomie. Ces bougies sont graduées par tiers de millimètre (fig. 4).

Les bougies droites d'Heurteloup et celles du Dr A. Amussat conservant leur forme, quel que soit leur volume, nous paraissent préférables aux bougies d'étain, qui n'offrent pas cet avantage quand elles ne sont pas d'un numéro un peu élevé, ce qui peut gêner la manœuvre de l'opérateur.

B.

GYNÉCOLOGIE

Un cas de rétroversion de l'utérus, à deux mois et demi de terme.

La belle leçon clinique dont, grâce à l'obligeant concours de notre distingué collaborateur, M. le docteur Ancelot, il nous est donné aujourd'hui de faire bénéficier les lecteurs de la *Revue*, nous remet en mémoire un cas de rétroversion utérine recueilli dans notre propre pratique. En raison de son intérêt, nous croyons bon d'en donner ici la relation.

Les cas de rétroversion de l'utérus gravide ne sont pas très-communs dans la pratique. Pour notre compte, nous n'en avons rencontré que trois cas dans le cours de notre carrière obstétricale. Un de ces cas, surtout, présente un assez grand intérêt, à plus d'un point de vue. Nous croyons donc être utile à ceux de nos confrères qui ne sont pas suffisamment versés dans les connaissances gynécologiques, en faisant passer sous leurs yeux, l'histoire sommaire de cette malade.

Le 6 juillet 1861, une femme de la campagne, âgée de trente-six ans, de constitution sèche et nerveuse, ayant eu une couche heureuse à trois ans de date, vint nous consulter pour des troubles dans l'urination, survenus inopinément au milieu de la nuit, et persistant depuis huit jours.

Le développement du ventre traduisait une grossesse de six mois. Or la malade ne se disait enceinte que de deux mois et demi.

La miction se faisait en petite quantité à la fois et goutte à goutte. Elle s'opérait mieux dans l'attitude verticale que dans la position accroupie.

En examinant les organes génitaux, nous constatâmes, à la partie postérieure de la vulve, une tumeur rose, réductible. C'était une rectocèle.

Convaincu qu'il s'agissait d'une rétention d'urine, nous nous armâmes d'une sonde de femme, et la fîmes pénétrer jusqu'au pavillon. L'algalie ne donna issue à aucun liquide.

Surpris d'un résultat aussi inattendu, nous procédâmes à l'exploration digitale. Dans ces manœuvres, le fond de la vessie se trouva soulevé, et, à notre volonté, il nous devint facile de déterminer, à diverses reprises, l'expulsion d'une petite quantité d'urine. L'insuccès du cathétérisme ne pouvait donc tenir qu'au défaut de pénétration du bec de l'algalie au sein du réservoir urinaire.

Nous prîmes une longue sonde en gomme élastique, que nous introduisîmes profondément dans l'organe. Dans ces nouvelles conditions, notre tentative réussit à souhait, et nous retirâmes quatre litres et demi d'urine.

La déplétion de la vessie opérée, nous explorâmes de nouveau l'organe, et nous constatâmes une rétroversion de l'utérus, dont nous opérâmes, ou du moins, dont nous crûmes opérer la réduction.

Assez peu expérimenté sur cet objet, à cette période de notre pratique, nous laissâmes la malade retourner à son domicile, en nous bornant à lui tracer quelques conseils. Deux jours plus tard, les mêmes accidents la contraignirent à revenir nous demander des soins.

Cette fois nous ne pouvions nous laisser surprendre. Nous plaçâmes la malade à

l'hôtel, afin de la conserver quelques jours sous notre surveillance.

Un second cathétérisme nous permit d'évacuer trois litres d'urine. Une tentative de réduction, par la voie du vagin, ne nous ayant pas réussi à souhait, nous procédâmes de la façon suivante :

La malade, transversalement placée dans son lit, fut mise dans la position *à retro*, reposant, d'une part sur une épaule, d'autre part sur les genoux.

Nous ne saurions trop recommander une telle attitude, à laquelle nous devons également de beaux succès, dans notre pratique obstétricale.

La malade ainsi posée, nous introduisîmes l'index et le médius droits dans le rectum, nous efforçant, par une pression méthodique, de refouler le fond de l'utérus au-dessus du promontoire. Un craquement, perçu par les assistants, ne tarda pas à annoncer le succès de notre tentative.

Ce résultat obtenu, nous fîmes coucher la malade sur le dos, pour explorer la région hypogastrique, où nous relevâmes la présence du fond de l'utérus.

Le toucher digital nous fit voir, en même temps, que la tumeur, qui occupait naguère la concavité du sacrum, avait disparu, et que le col avait repris, au centre de l'excavation, la place qu'il y doit occuper, à cette époque de la gestation.

La malade fut tenue quelques jours au lit. Après ce délai, son état ne laissant plus rien à désirer, elle regagna son domicile. Nous avons appris depuis, que la grossesse a suivi son cours, et qu'elle a eu la solution la plus heureuse.

Dr L. Hamon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

De la thermométrie utérine comme moyen de diagnostic de la grossesse, ainsi que de la vie du fœtus. *D'après les travaux de* Cohnstein, Fehling, Schlesinger et Alexeeff, par M. le docteur P. Mardnel. — On conçoit facilement combien il peut-être important d'avoir un nouveau signe diagnostique de la grossesse, surtout si ce signe pouvait donner une certitude à l'époque où l'on n'a encore que les signes de probabilité. On comprend aisément aussi de quelle valeur serait un moyen permettant d'affirmer si l'enfant contenu dans l'utérus est vivant ou mort, et cela soit pendant la grossesse, soit surtout pendant le travail. C'est ce qui m'a engagé à faire connaître les recherches récemment faites en Allemagne sur la thermométrie utérine appliquée à la solution de cette double question : existence de la grossesse, vie ou mort du fœtus.

Les premières recherches se rapportant à ce sujet sont celles de Bærensprung. De mensurations thermiques prises sur des œufs, cet auteur déduisit que le développement du poulet s'accompagne d'une élévation de température. Ces premières explorations, jointes à d'autres faites sur les fœtus de lapin, et à d'autres enfin sur des femmes enceintes, le conduisirent à cette conclusion, que l'enfant contenu dans l'utérus a une température plus élevée que celle de la mère.

Schæfer insista de nouveau sur ces faits. (*Dissertation inaug.*, Greifswald, 1863.)

De là à supposer que l'utérus gravide, participant à la surélévation de la chaleur fœtale, a une température plus élevée que celle du vagin, du rectum et de l'aisselle, il n'y avait qu'un pas à franchir. En 1866, Schroeder publia des observations

desquelles il résulte que la température de l'utérus gravide dépasse de 0° 19 celle du vagin et de 0° 29 celle de l'aisselle. Winckel donna pour la première différence le chiffre de 0° 13 à 0° 29.

Les conclusions de Bærensprung et de Schæter ne reposaient que sur des mensurations thermiques faites chez les enfants immédiatement après la naissance. Il en est de même de la communication de M. Andral, intitulée : *Note sur la température des nouveau-nés* (Académie des sciences, séance du 18 avril 1870). En 1869, Wurster réussit à mesurer pendant l'accouchement, dans une présentation du siége, la température du rectum de l'enfant et la température vaginale de la mère ; il trouva constamment un écart de 0° 5 au bénéfice de l'enfant.

De ces recherches antérieures à 1872, il résultait donc que le fœtus a une température plus élevée que celle de sa mère, et que l'utérus gravide a une température supérieure à celles de l'aisselle et du vagin. Il restait à appliquer ces données, soit au diagnostic de la vie ou de la mort de l'enfant, soit même au diagnostic de la grossesse. C'est ce que Cohnstein et Fehling ont tenté de faire.

Cohnstein a publié en 1872 une première note dont voici le résumé :

Le diagnostic de la vie de l'enfant repose sur les bruits du cœur et les mouvements fœtaux, dont la présence prouve sa vie, mais dont l'absence ne prouve pas nécessairement sa mort. La chaleur propre de l'enfant dans l'utérus est supérieure à celle de la mère, la chaleur de l'utérus gravide est supérieure à celle du vagin ; et cette dernière tenant à la chaleur produite par le fœtus, il en résulte qu'elle doit diminuer après la mort de l'enfant, soit parce que celui-ci ne produit plus de calorique, soit aussi parce que cette masse sans vie soustrait du calorique à l'utérus. La preuve de la justesse de cette supposition est donnée par une observation de Schroeder (*loc. cit.*) chez une femme enceinte dont l'enfant était mort depuis dix-sept heures : il trouva la température de l'utérus supérieure de 0° 02 seulement à celle de l'aisselle, tandis que, lorsque l'enfant vit, la différence est de 0° 383 pendant le travail, de 0° 29 pendant la grossesse et de 0° 10 au minimum.

La comparaison de la température utérine avec celle du vagin ou de l'aisselle permet de porter un jugement sur la vie de l'enfant. Si la température utérine est égale ou, à plus forte raison, inférieure à celle du vagin, une seule observation thermométrique permet d'affirmer la mort du fœtus. Mais si on trouve la température utérine supérieure à celle du vagin, plusieurs mensurations sont nécessaires avant de conclure, la diminution de la chaleur propre du fœtus après la mort n'ayant lieu que graduellement, grâce à la faible différence qui la sépare de celle du milieu ambiant ; d'ailleurs il peut y avoir aussi *post mortem* une élévation de température Si, deux ou trois heures après avoir constaté une température utérine élevée, on trouve un abaissement, on peut en conclure que le fœtus est mort.

Voilà pour l'application au diagnostic de la vie ou de la mort de l'enfant. Passant au second point, Cohnstein s'exprime ainsi :

« Si la température de l'utérus, relativement élevée par rapport à celle des autres organes internes, est due à la chaleur propre du fœtus vivant, la constatation par le thermomètre de cette élévation de température est une preuve de l'existence de la grossesse, preuve d'une grande valeur dans les trois premiers mois, époque où manquent les autres signes. *L'expérience a démontré que l'introduction prudente du thermomètre dans la cavité de l'utérus gravide entre la paroi utérine et les membranes n'entraîne aucun inconvénient.* »

Cette dernière affirmation peut être taxée au moins de téméraire ; on doit faire à ce sujet, nous semble-t-il, les plus grandes réserves, et se méfier singulièrement de la possibilité de produire l'avortement.

« Pendant l'accouchement, ajoute Cohnstein, la thermométrie est possible, dans les présentations du crâne, aussi longtemps que le thermomètre se laisse introduire assez loin. Si le co est dilaté

et la tête engagée dans le bassin, au lieu de prendre la température utérine, il suffit de prendre celle du vagin; car le vagin, prenant part à la formation de la cavité qui contient le fœtus, participe à la température de ce dernier. La thermométrie sera plus facile encore dans les présentations inclinées et dans celles du siége et de la face. »

Les propositions ainsi avancées par Cohnstein n'étaient déduites pour ainsi dire que de vues théoriques et ne s'appuyaient pas sur l'observation. Une série de faits, recueillis à la clinique obstétricale de Leipzig, ont permis à Fehling de confirmer les idées émises par Cohnstein.

Ses observations sont au nombre de dix-huit. Dans douze cas, température utérine inférieure ou égale à celle du vagin, accouchement d'enfants morts depuis plusieurs jours. Dans quatre cas, température utérine supérieure à celle du vagin de 0° 15 à 0° 30 : enfants vivants. Deux autres cas demandent une mention spéciale. Dans l'un (observ. IV) la température utérine était de 39° 1, celle du vagin 38° 9, et pourtant l'enfant vint mort (macéré); mais la mère avait depuis plusieurs jours un état fébrile, ce qui explique cette contradiction. L'autre (obs. VI) est particulièrement intéressant : la mère ayant la syphilis et un hydramnios, on pouvait penser que l'enfant était mort ; du reste, depuis quatorze jours, la mère ne sentait plus de mouvements fœtaux. Néanmoins, la température utérine était de 38°, celle du vagin 37° 9, neuf heures et demie avant l'accouchement; en fait on eut l'expulsion d'un enfant affecté de pemphigus, qui eut deux respirations et donna quelques signes de vie.

Pour bien prendre la température utérine, dit plus loin Fehling, il est très-important d'introduire un thermomètre courbe, chauffé à 40° et de le laisser en place cinq minutes.

De ces faits on pourrait conclure qu'une température utérine supérieure à celle du vagin est un signe de la vie de l'enfant, mais qu'une température utérine égale, et, à plus forte raison, inférieure à celle du vagin, indique la mort du fœtus.

Wilhelm Schlesinger a contesté l'exactitude de ces déductions. D'après lui, avant d'admettre les conclusions de Cohnstein et de Fehling, au point de vue de diagnostic de la grossesse et de la vie de l'enfant, il faut établir tout d'abord si, à l'état de vacuité, l'utérus a ou non une température plus élevée que le vagin; en d'autres termes, si la température plus élevée de l'utérus gravide peut être réellement mise sur le compte de la grossesse, Schlesinger arrive à cette conclusion que, même en dehors de l'état de gravidité, l'utérus a une température supérieure; mais il est bon d'observer que ses mensurations thermiques ont presque toutes porté sur des utérus malades. Je relève néanmoins dans son travail ce qui a trait au manuel opératoire de la thermométrie utérine, dans le cas où l'un des lecteurs de cette note oserait se livrer à des recherches de ce genre. Le thermomètre dont il se sert est recourbé en forme de sonde à son extrémité, et, pour éviter qu'il se brise, entouré d'une enveloppe métallique fenêtrée; à l'extrémité qui sert de poignée se trouve l'échelle en dixièmes de degré. Une fois prise la température vaginale, sur l'index gauche servant de guide on conduit le thermomètre dans le canal cervical, puis dans la cavité utérine; si l'orifice interne paraît difficile à franchir, on se contente de prendre la température de la cavité du col. Cette dernière, d'après Schlesinger, serait inférieure à celle de la cavité utérine de 0° 1.

Peu de temps après l'apparition du travail de Schlesinger, Cohnstein est revenu sur ce sujet pour défendre les propositions avancées par lui et confirmées par Fehling. Il revient sur ce fait que, si le fœtus meurt, sa température s'abaisse, partant aussi celle de l'utérus, de manière à devenir égale ou même inférieure à celle du vagin. Il rapporte à ce sujet cinq observations probantes, et les rapproche de celles de Fehling. Il insiste de nouveau sur ce point que la thermométrie utérine peut en outre servir au diagnostic de la grossesse. D'après lui, l'assertion de Schlesinger, que la température de l'utérus non gravide est aussi plus

élevée que celle du vagin, ne repose sur aucune base scientifique; il va de soi que toutes les femmes, qui souffrent de l'utérus ou de la sphère génitale en général, ne peuvent être employées à la solution de cette question. Dans une série de recherches, Cohnstein s'est assuré au moyen d'aiguilles thermo-électriques que, chez les lapines, en dehors de la gravidité, il n'y a pas de différence entre la température utérine et celle du vagin.

Il croit donc pouvoir affirmer en général que la température plus élevée de l'utérus indique sa gravidité. Mais il reconnaît qu'il es des cas où l'utérus non gravide possède aussi une température supérieure à celle du vagin : endométrite aiguë, métrite aiguë, para et périmétrite, excoriations et ulcérations de la surface interne des lèvres du col; d'autre part, ce qui est important au point de vue du diagnostic de la grossesse, la température utérine ne dépasse pas celle du vagin dans les cas de fibrome utérin, d'infarctus utérin chronique, de tumeurs ovariennes, d'augmentation du volume du bas-ventre par accumulation de graisse.

Cohnstein, qui avait affirmé dans son premier travail que l'introduction du thermomètre dans la cavité de l'utérus gravide est sans inconvénient, fait cette fois des restrictions. L'introduction du thermomètre dans l'orifice interne, dit-il, paraît dangereux au point de vue de la production de l'avortement; néanmoins, ajoute-t-il, quand il est nécessaire d'établir un diagnostic précis, on est autorisé à ne pas tenir compte de ce danger.

Voilà ce que nous avons pu recueillir sur ce sujet nouveau et quelque peu intéressant. De ces divers travaux il résulterait que l'existence d'une température utérine supérieure à celle du vagin, en dehors des cas pathologiques cités plus haut, est un signe de grossesse, et de grossesse avec enfant vivant; que, dans la grossesse, la constatation d'une température utérine égale à celle du vagin indique la probabilité de la mort du fœtus; enfin que le fait, dans une grossesse avérée, d'une température utérine inférieure à la température vaginale, annonce sûrement que l'enfant a cessé de vivre. Tels sont les résultats qui semblent acquis.

Mais que peut-on en tirer au point de vue pratique? Bien peu de chose assurément. On ne saurait conseiller en aucune façon l'introduction du thermomètre dans la cavité d'un utérus dont on soupçonne, si peu que ce soit, la gravidité; on n'a pas le droit de s'exposer ainsi à produire l'avortement.

Depuis que cette communication a été faite à la Société des sciences médicales (juillet 1876), un nouveau travail a paru sur ce sujet. Dans une communication intitulée : *De la température de l'enfant dans l'utérus*, Alexeeff, assistant à la clinique obstétricale de l'Université de Moscou, rapporte des observations confirmatives de celles de Wurster. Il a pu, dans huit cas, prendre la température fœtale pendant l'accouchement : dans quatre cas de présentation du siége il a pris la température rectale de l'enfant, et sa température sous la langue dans quatre cas de présentation de la face. Il a constamment trouvé la température fœtale supérieure à celle du vagin de la mère, et cela de 0° 7 à 1° 3 pour la température rectale de l'enfant, de 0° 3 à 0° 7 pour sa température buccale.

(*Lyon méd.*)

Moyen simple d'atténuer la douleur du vésicatoire. — La pratique des vésicatoires multipliés appliqués au traitement du rhumatisme articulaire aigu, compterait bien plus de partisans dans notre pays n'étaient les douleurs et, dans certains cas, la strangurie avec légère hématurie, inhérentes à ce mode de traitement. Une injection hypodermique de morphine atténue bien les douleurs, mais n'a aucune action sur les troubles urinaires. Pour atténuer les unes et prévenir les autres, M. Ernest Besnier propose d'agir de la manière suivante : Avoir soin de faire appliquer les vésicatoires pendant le jour, dès la première heure matinale; ceux-ci convenablement préparés, recouverts d'une

feuille de papier Joseph huilé, causeront fort peu de souffrance et ne donneront jamais lieu aux accidents vésicaux ou rénaux parfois graves et toujours si pénibles, à la condition de les faire enlever au bout de quelques heures, cinq à dix au plus, aussitôt que l'épiderme commence à se soulever légèrement et partiellement, ce que l'on reconnaît à l'aspect nacré et chagriné de la peau. Il est temps alors de lever l'emplâtre (trois ou quatre heures suffisent chez les enfants et les sujets à peau fine), que l'on remplace par un papier brouillard très-fortement enduit de cérat ou de cold-cream. La vésication continue presque indolore, et la phlyctène s'élève presque autant que si l'application cantharidienne avait été prolongée. Le médecin qui ne dédaignera pas de s'occuper ainsi des menus soins du traitement récoltera des actions de grâces des malades, de ceux-là surtout qui auront été antérieurement traités par les procédés inhumains qui ont encore cours en beaucoup de lieux dans l'emploi de la vésication. (*Journal de thérap.*)

Comment se comportent les alcaloïdes dans l'urine, par le Dr Kersch, de Prague. (*Batz's memorabilien*). — Dans cette intéressante étude chimico-pharmacologique, l'auteur démontre que si l'on ne peut prouver la présence des alcaloïdes dans l'urine par les réactifs ordinaires, cela tient à l'acide urique, lequel en revanche facilite beaucoup leur solution dans ce liquide. Aussi, pour démontrer leur présence dans l'urine, faut-il nécessairement les séparer de cet acide. Il a pu ainsi démontrer la présence de la morphine et de la quinine, et ne doute pas que l'on arrive à en faire autant pour d'autres, surtout pour ceux qui ne se prennent pas à trop petit dose. Il donne l'observation d'un phthisique, auquel il fit prendre, en deux fois, un gramme de quinine; ce malade perdit connaissance et mourut la nuit suivante, donnant à ses alentours la persuasion qu'une erreur du pharmacien lui avait fait administrer de la morphine; l'examen de l'urine auquel se livre l'auteur prouve que tel n'était pas le cas, mais que c'était bien de la quinine qui avait été donnée. Il profite de ce cas malheureux, pour insister sur le fait que de fortes doses de quinine peuvent causer chez des personnes très-grasses, vieilles et avancées dans le marasme, des symptômes analogues à ceux qui furent observés dans ce cas, et recommande spécialement de s'abstenir de ce médicament chez les individus très-gras, parce que les parois de leurs veines se déchirant facilement peuvent donner lieu, sous l'énergique contraction des artères, à de petits foyers hémorrhagiques que déterminent toujours de fortes doses de quinine.

Les chirurgiens ambulants, guérisseurs d'hémorrhoïdes. — L'Illinois et les États voisins sont parcourus, en ce moment, par des chirurgiens voyageurs qui traitent et guérissent les hémorrhoïdes. Ils ont acheté le secret d'un industriel qui le leur a fait payer de 50 à 4,200 dollars, et quelques médecins n'ont pas craint de quitter une carrière honorable pour faire, il est vrai, une rapide fortune. Le docteur Andrews, professeur de chirurgie à Chicago, a été assez heureux pour surprendre le secret qu'il livre à la publicité.

Ces nouveaux charlatans, qui prétendent opérer la cure sans opération et sans douleur, se servent d'une petite seringue hypodermique et d'un liquide composé d'acide phénique et d'huile bien pure, dans la proportion d'un tiers d'acide phénique, ou même d'une solution à parties égales. On découvre l'hémorrhoïde à l'aide du spéculum si elle est interne, on choisit la plus élevée et l'on injecte de 4 à 6 gouttes de la solution. La tumeur pâlit, s'affaisse; et en général l'inflammation n'est pas assez forte pour empêcher le malade de vaquer à ses affaires. On opère les autres tumeurs les jours suivants, et successivement. Jusque-là, le docteur Andrews ne croit pas qu'il y ait eu de cas

de mort; quelquefois seulement ces médecins inexpérimentés ont été effrayés et ont eu recours aux médecins honnêtes. Si, dans la pratique, on n'observe pas plus tard d'accidents emboliques, le professeur de Chicago pense que la chirurgie pourra tirer parti de cette méthode, à cause des propriétés bien connues de l'acide phénique comme anesthésique local, antiphlogistique et antiputride.

(*Chicago journal.*)

Injections sous-cutanées d'acide phénique contre la phthisie. — Encouragé par les résultats de Trotz dans des cas de diphthérie, Schnitzler fut conduit à tenter ces injections dans diverses maladies fébriles. Les injections ont été employées dans les cas de phénomènes fébriles à marche rémittente ou intermittente, chez plus de cent phthisiques, tant dans la clientèle privée qu'à la policlinique de Vienne, pendant les mois de juin et de juillet 1876. La solution d'acide phénique était de 1 ou 2 p. 100, la quantité de une à deux seringues de Pravaz. Les injections se faisaient chaque jour, en une seule fois, et en deux fois en quelques cas, ordinairement dans le dos ou à la poitrine.

Les résultats immédiats de l'injection consistaient particulièrement dans une chute de la fièvre : abaissement de la température, ralentissement, augmentation de force du pouls. Souvent, on a observé une respiration plus facile, une diminution de la lassitude, des douleurs des membres; rarement cessation de l'insomnie, et seulement après des injections répétées. Continuées pendant deux à quatre semaines chez les malades, les injections d'acide phénique semblent à Schnitzler aussi peu douloureuses que celles de morphine : la sensation de brûlure dure cependant un peu plus longtemps. Jamais elles n'ont produit d'abcès.

Les expériences n'ont pas duré assez longtemps pour qu'on ait pu constater une influence quelconque sur la marche de la phthisie. M. Schnitzler se propose de publier les résultats que lui fournira ultérieurement l'emploi de sa méthode, et il termine en priant ses collègues de lui en signaler les défauts et les avantages.

(*Progrès médical.*)

Mode d'administration de la quinine dans la coqueluche. — Le docteur Edward T. Bruen est partisan de l'emploi de la quinine dans la coqueluche. Il recommande de ne jamais administrer ce médicament sans le suspendre de temps en temps, sous peine de le voir échouer ou ne donner qu'un bénéfice insignifiant.

On le fait prendre à dose rapidement croissante pendant une période de cinq jours; on le suspend alors pour recommencer, s'il est nécessaire, après que le patient s'est reposé.

Si les crises sont violentes, il est bon d'administrer la quinine une heure ou deux avant le moment présumé de l'accès. Deux doses assez fortes en vingt-quatre heures agissent très bien, surtout quand les paroxysmes sont intenses la nuit.

Pour réussir, il est nécessaire de prescrire la quinine à forte dose, telle que celle que l'on donnerait à un adulte affecté de fièvre intermittente : 10 grains (0 gr. 60), à un enfant de trois ans, en vingt-quatre heures; de 16 à 20 (1 gr. à 1 gr. 20), à un enfant de douze ans. C'est seulement en procédant ainsi qu'on peut espérer le succès.

Dans plusieurs cas, l'auteur a vu les crises tomber sous l'influence du traitement, de 40 à 50 par jour à 8 ou 10; puis l'amélioration se poursuit comme chez les sujets dont l'affection touche à sa fin.

Plus rarement la quinine a une action curative complète.

Bruen n'a vu la quinine modérer la violence des paroxysmes qu'autant que leur nombre avait diminué. Les effets désagréables du médicament : mal de tête, ivresse quinine, sont sans importance. (*Soc. de Méd. de Gand*).

Mort subite après la thoracentèse. — M. Leven a rapporté, à la Société de biologie, un nouveau cas de mort subite après la thoracentèse. Cette malade n'a succombé ni à une congestion pulmonaire, ni à une anémie cérébrale, ni à une syncope. Il a dû plutôt se produire, dans ce cas, une irritation bulbaire, ayant eu son origine dans l'irritation des nerfs du poumon et surtout du pneumo-gastrique.

M. Charcot a eu l'occasion d'observer chez plusieurs malades, des accidents qui viendraient à l'appui de ce que vient de dire M. Leven. Ainsi, un malade atteint de la goutte tombait comme foudroyé toutes les fois qu'il était pris d'un accès de toux, ce qui était assez fréquent. Un autre, qui était pris d'accès de toux, ne présentant rien de particulier, tombait sans avoir le temps de se retenir.

Il semble donc, d'après ces faits, qu'il existe une sorte de vertige laryngé, analogue à celui de Ménière. Et, à ce sujet, M. Charcot se rappelle avoir lu, dans un ouvrage allemand, l'histoire d'un malade qui présentait des accès épileptiformes; ce malade avait un polype du larynx, et, dès qu'on l'eut enlevé, les attaques disparurent.

De l'eau de Cologne comme anesthésique. — Le docteur Hugues relate deux observations dans lesquelles l'eau de Cologne, versée en abondance sur un mouchoir et appliquée sur le nez, ne tarda pas à amener, chez deux jeunes filles, une insensibilité complète. Le sommeil arrive au bout de huit à dix minutes et se prolonge tantôt une demi-heure, tantôt une heure, et quelquefois davantage. L'inventeur de ce nouveau mode anesthésique, c'est-à-dire l'aînée des deux sœurs tuberculeuses, auxquelles le docteur Hugues donnait des soins, avoue n'avoir pas toujours réussi, le moyen ayant été parfois trop long, fatigant et désagréable. — A d'autres le soin de contrôler ces expériences et de faire la part des essences et de l'alcool dans l'action hypnotique et anesthésique de l'eau de Cologne.

(*Nice médical.*)

D'un moyen de calmer la douleur des brûlures. — Un de nos abonnés, dont nous ne pouvons déchiffrer le nom, nous recommande le moyen suivant employé par lui avec succès pour calmer la douleur occasionnée par les brûlures au premier et même au second degré. — Il s'agit simplement de panser la brûlure avec un fort cataplasme de charbon de bois pilé, et délayé sans doute dans un peu d'eau. Le charbon fait l'office d'un bon conducteur du calorique inflammatoire, et la douleur s'arrête instantanément.

(*Mon. de thérap.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE.

Elixir tonique amer.

R. Teinture de gentiane	20 gr.	
Teinture de mars tartarisée...	20 —	
Teint. d'éc. d'oranges amères.	20 —	
Alcoolat de mélisse c. (Codex)	20 —	
Sirop simple.....	200 —	
Alcool à 90°.....	50 —	
Eau dist. de menthe poivrée..	150 —	
Extrait de quassia-amara.....	0 —	50 c.

Dissolvez d'une part, l'extrait de quassia dans 50 grammes d'eau de menthe et filtrez au besoin. D'autre part, pesez dans un flacon d'une contenance d'un demi-litre, les deux premières teintures. Il se formera un précipité blanchâtre que l'addition de 100 grammes d'eau de menthe fera disparaître, ajoutez le sirop simple et agitez le flacon, pour opérer le mélange.

Pesez ensuite les 50 grammes d'alcool à 90°, de façon à ce que ce produit surnage le liquide sirupeux. Ajoutez, alors seulement, la teinture d'écorce d'oranges amères qui, le mélange opéré, brunira fortement l'élixir, mais sans y occasionner de précipité. — Ajoutez enfin l'alcoolat de mélisse et la solution d'extrait de quassia.

Cet élixir doit se prendre à la dose de quatre cuillerées à café par jour, une cuillerée environ toutes les trois heures.

Liniment anti-rhumatismal

R. Chloroforme	15 gr.
Teinture d'opium	15 —
— d'aconit	25 —
— de savon	25 —
Huile camphrée	100 —

Trois frictions par jour.

Pilules anti-asthmatique

Aloès pulvérisé	5 gr.
Gomme ammoniaque pulvér.	5 —
Ipéca. pulvérisé	2 —
Safran	1 —
Myrrhe	2 —
Extrait jusquiame	5 —

Pour 100 pilules.

Quatre pilules par jour, une toutes les quatre heures.

Sirop apéritif.

R. Élixir de coca	50 gr.
Élixir de longue vie	10 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	340 —

Mêlez.

Ce sirop joint aux propriétés stimulantes et toniques de l'écorce d'orange amère et du coca, celle non moins précieuse de détruire la constipation et d'entretenir la liberté du ventre. Nos confrères se trouveront donc bien de le formuler toutes les fois que l'inappétence sera causée par l'obstruction du tube intestinal.

De nombreuses observations ont, en effet, prouvé que les amers ne produisent aucun effet, lorsque l'intestin fonctionne irrégulièrement.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur l'emploi du sesquibromure de fer contre la spermatorrhée, par le Dr Hecquet, d'Abbeville (1).

Ce mémoire se compose de deux parties distinctes. L'une a trait à l'exposition des faits pratiques et l'autre au mode d'action que le sesquibromure exerce sur l'économie dans les maladies. Il renferme sept observations de spermatorrhée traitées avec succès par cet agent thérapeutique. Dans deux cas, les pollutions étaient de date récente, mais dans les cinq autres cas, la spermatorrhée existait depuis plusieurs années et avait été inutilement combattue par les médicaments ordinairement employés contre cette affection. Les rechutes avaient fini par détériorer profondément l'organisme et par déterminer des pollutions diurnes et même l'impuissance.

L'auteur a employé le sesquibromure de fer de préférence au protobromure parce qu'il pense, avec M. Mialhe, que l'assimilation du fer pour la formation des globules sanguins a lieu lorsque le fer est à l'état de peroxyde et non pas de protoxyde ; et en second lieu parce que tout en trouvant dans le sesquisel une notable quantité de fer (le cinquième de son poids), il y rencontrait une plus grande quantité de brome.

Le sesquibromure a été administré sous forme pilulaire. Les pilules contenant chacune cinq centigrammes de sesquisel étaient recouvertes de baume de tolu afin d'empêcher leur altération. Administrées au début à la dose de deux pilules par jour, on administrait successivement la dose jusqu'à six ou huit pilules par jour. Ce traitement était exécuté plus ou moins longtemps suivant la gravité des cas et l'état de débilité de l'organisme.

Il ressort, suivant le docteur Hecquet, de ses observations :

1° Que la grande solubilité du sesquibromure de fer le rend facilement assimilable, sans le concours des sucs gastriques, et par conséquent, sans fatigue pour l'estomac ;

2° Que la constipation qui accompagne la spermatorrhée et l'état anémique ne se trouve pas augmentée par son emploi ;

3° Que cet agent exerce une action sédative sur les battements du cœur et qu'il paraît exercer de plus, dans quelques cas, une action hypnotique lorsqu'il est administré à haute dose ;

(1) Ad. Delahaye libraire, place de l'École-de-Médecine, Paris.

4° Que le sesquibromure est le médicament qui répond le mieux aux indications à remplir dans le traitement de la spermatorrhée et de l'anémie qui en est la conséquence, attendu qu'il agit sur les voies génito-urinaires en les calmant, en les anesthésiant sans diminuer leur énergie, tout en contribuant à reconstituer rapidement l'organisme ;

5° Que ce médicament ne doit pas être regardé comme un spécifique, mais qu'il faut le considérer comme un excellent reconstituant susceptible d'exercer une action sédative sur le système nerveux, et que, d'après les propres observations de l'auteur, il lui paraît appelé à rendre d'importants services dans le traitement de la chlorose et de l'anémie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 janvier 1877.

Présidence de M. Bouley.

Théorie de la coqueluche. — M. Guéneau de Mussy présente à l'Académie des pièces anatomiques recueillies par un de ses anciens internes, M. Parinaud, actuellement attaché à l'hôpital des Enfants.

Deux fois M. Parinaud a pu faire l'autopsie d'enfants ayant succombé à la coqueluche, et deux fois il a constaté une tuméfaction considérable des ganglions trachéo-bronchiques, comprimant le pneumo-gastrique et ses branches laryngées, comme on peut le voir dans ces pièces.

M. Guéneau de Mussy rappelle, à ce sujet, que dans sa théorie de la coqueluche il tend à rapporter les symptômes de cette maladie à l'adénopathie bronchique. Dans les formes excessives d'adénopathie bronchique dues à toute autre cause, on a toujours, en effet, noté une toux coqueluchale. D'ailleurs, en adoptant cette théorie, on explique :

1° Que la toux spasmodique ne survienne que dans le second ou troisième septénaire de la maladie après la période dite catarrhale et que M. Guéneau de Mussy appelle *exanthématique*.

2° Comment la toux caractéristique peut persister pendant des mois.

3° On explique aussi que, les tuméfactions ganglionnaires incomplétement résolues ayant grande tendance à se reproduire, un rhume, une rougeole, un refroidissement, puissent provoquer le retour de la toux coqueluchale chez un enfant convalescent de la coqueluche.

4° Dans ce même ordre d'idées, on comprend comment la compression du larynx inférieur, en se prolongeant, peut amener la désorganisation du nerf et l'abolition de sa fonction.

5° Enfin, comment dans la coqueluche l'adénite étant peu développée ou n'intéressant pas les ganglions qui sont en rapport direct avec le pneumogastrique ou ses branches laryngées, la toux spasmodique peut faire défaut, comme M. Guéneau de Mussy l'a observé dans des circonstances où il y avait à supposer une coqueluche, malgré l'absence de toux coqueluchale.

M. Colin fait remarquer que les accidents de compression des pneumogastriques par les ganglions bronchiques tuméfiés sont très-communs chez les animaux, principalement à la suite des affections inflammatoires des poumons ; il est une variété de cornage qui est produite par cette compression. Ces adénopathies, sui-

vant M. Colin, paraissent être toujours symptomatiques. M. Guéneau de Mussy n'a-t-il pas supposé l'existence de certaines adénopathies bronchiques indépendantes et essentielles.

M. Guéneau de Mussy déclare n'avoir jamais rien écrit de semblable.

M. Hardy dit que si la coqueluche était produite par la tuméfaction des ganglions bronchiques, on devrait trouver cette adénopathie dans tous les cas de coqueluche : or, dans les autopsies qui ont été faites d'individus ayant succombé à la coqueluche, on n'a trouvé cette adénopathie que très exceptionnellement.

M. Guéneau de Mussy ne croit pas que l'adénopathie bronchique ait été sérieusement recherchée dans les autopsies des individus morts de coqueluche. On ne trouve que ce qu'on cherche. Il n'est donc pas étonnant que l'on n'ait pas trouvé cette adénopathie que l'on ne se donnait pas la peine de chercher. On objecte que la lésion est cependant très-apparente. Mais celle des plaques de Peyer ne l'est pas moins dans la fièvre typhoïde, et l'on a été très-longtemps sans les reconnaître, parce qu'on ne les soupçonnait pas.

M. Blot ne comprend pas qu'une lésion permanente comme la tuméfaction des ganglions bronchiques se bornât à produire des phénomènes intermittents comme des accès de toux de la coqueluche. Dans certaines névralgies symptomatiques, par exemple celles produites par la carie dentaire, la douleur se réveille sous une influence extérieure, telle que passage du chaud au froid, contact des substances alimentaires, etc. Il n'y a donc pas intermittence proprement dite, mais intervention d'autre chose, quand l'accès revient. Or, dans la coqueluche, quelle serait cette autre chose?

M. Guéneau de Mussy s'étonne que M. Blot lui ait objecté l'intermittence des accès dans la coqueluche, alors que cette intermittence est si fréquemment observée en clinique, dans les affections organiques les plus permanentes.

M. Colin trouve excellentes les réponses de M. Guéneau de Mussy aux objections de M. Hardy.

M. Woillez demande comment M. Guéneau de Mussy expliquerait dans sa théorie la contagion de la coqueluche.

M. Guéneau de Mussy n'a pas à aborder la question de la contagion, complétement indépendante de sa théorie. En effet, qu'il y ait ou non gonflement des ganglions, résultant ou non d'un exanthème, le contagium de la coqueluche n'en sera pas moins inconnu dans sa nature intime, comme l'est, du reste, celui de toutes les affections éruptives contagieuses.

Séance solennelle du 16 janvier 1877.

Présidence de M. Gosselin.

M. le Secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1875.

Prix.

Sont proclamés lauréats de l'Académie pour 1875 :

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Pas décerné; mais elle accorde, à titre de récompense, une somme de 800 francs à M. le docteur Pize (Louis), de Montélimart (Drôme).

Prix Portal (2,000 francs). — A M. le docteur Hayem, professeur à la Faculté de Paris.

Prix de Civrieux (900 francs). — Pas décerné; mais à titre d'encouragement, elle accorde 500 francs à M. le docteur Guipon (de Laon) ; 200 francs à M. le docteur Marvaud (Algérie) et 200 francs à M. le docteur Willemin (Allier).

Prix Capuron (3,000 francs). — A M. le docteur Peter (Michel), médecin des hôpitaux de Paris.

Prix Barbier (3,000 francs). — Pas décerné ; mais à titre d'encouragement, l'Académie accorde 1,000 francs à M. le docteur Moncoq.

Prix Godard (1,000 francs). — A M. le docteur Charles Mauriac, médecin des hôpitaux de Paris.

Prix Amussat (1,000 francs. — Il n'y pas lieu à décerner le prix.

Prix Lefèvre (3,000 francs). A MM. les docteurs Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, et Charles Burlureaux, mé-

decin aide-major à l'hôpital militaire de Versailles.

Prix d'Argenteuil (8,000 francs). Ce prix, qui est sexennal, n'est pas décerné par l'Académie, qui accorde seulement, à titre d'encouragement : 5,000 francs à M. le docteur Dupley, médecin des hôpitaux de Paris; 1,500 francs à M. le docteur Squire (of Elmira, New-York) et 1,500 francs à M. Bénas, de Paris.

Travaux relatifs à l'hygiène des enfants. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix, la question suivante :

« Déterminer les chiffres de la mortalité des enfants de zéro jour à un an : 1° Suivant les âges, c'est-à-dire de semaine en semaine pendant le premier mois, puis de un à trois mois, de trois à six, de six à neuf, de neuf à douze mois ; — 2° suivant le sexe, 3° suivant l'état civil ; — 4° suivant les lieux ; — 5° suivant les mois de l'année.

Ce prix, d'une valeur de 1,000 francs a été décerné à M. Bertillon, de Paris.

L'Académie accorde en outre, à titre de récompense :

1° Une somme de 300 francs et une médaille d'argent à M le docteur Vacher, de Paris.

2° *Des médailles d'argent*, à M. le Dr Chrestien J. (de Lille). — M. Hérault, de Grenoble.

Epidémies. — *Médaille d'or* : M. le docteur Geslin, à Brest. — *Médaille d'argent* : MM. Masse (Vincennes); Rollet (Lyon); Flammarion (Nogent); Lanza (Vincennes); Manouvriez fils (Valenciennes). — *Médaille de bronze* : M. Bengade ; le docteur Czernicki, médecin-major au 8e dragons ; Genoud, à Thonon (H. Savoie) ; Claudot, médecin-major à l'hôpital militaire du Dey, à Alger ; le docteur Camus ; le docteur Mahier, de Château-Gontier.

Le délai pour la remise des mémoires adressés à l'Académie pour le concours de 1877, expire au 1er mai.

La distribution des prix proposés pour l'année 1876 aura lieu à bref délai.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Avortement criminel. — Le 17 avril 1874, M. Leblond avait communiqué à la Société, de la part de M. Gallard, l'observation d'une malade qui s'était présentée à ce dernier et chez laquelle il avait cru découvrir un avortement criminel.

Rappelons, en peu de mots, les faits sur lesquels s'appuyait M. Gallard pour reconnaître là un avortement criminel. Il s'appuyait sur deux ordres de considérations : Considérations anatomiques et considérations d'ordre moral.

1° L'œuf avait deux mois, et à cette époque l'avortement se fait en bloc. Or, l'œuf dont il s'agissait présentait une ouverture à travers laquelle le placenta retourné comme un gant était sorti avec le cordon, preuve que l'œuf avait été perforé d'abord, puis que l'on avait tiré sur le cordon ou le fœtus et que le placenta s'était retourné sous l'influence de cette traction. En effet, le cordon était rompu à une longueur qui correspondait au niveau de l'ombilic de l'enfant. De plus le fœtus avait été expulsé vivant, car si les artères ombilicales étaient vides de sang, la veine était remplie, et la mère ne présentait aucune trace de maladie ou de cause occasionnelle pouvant expliquer l'avortement.

2° On n'avait pu retrouver le fœtus, donc on l'avait fait disparaître. Du reste, la femme était domestique dans une maison de tolérance et prétendait avoir déjà consulté un médecin dont elle n'avait pu indiquer ni le nom ni l'adresse.

M. Charpentier, après avoir combattu les idées de M. Gallard, concluait à un avortement spontané.

Dans sa séance du 13 août 1874, la Société, sur la proposition de M. Gallard, nommait une commission composée de MM. Henney, Liouville et Charpentier, rapporteur, pour étudier cette question importante de l'avortement.

M. Charpentier lit son rapport qui, quoique un peu long, est très-intéressant. Il contient des faits nombreux et bien groupés qui en rendent la lecture facile.

Les conclusions sont les suivantes :

1° Dans le premier mois de la grossesse l'avortement se fait fatalement toujours en bloc et passe presque toujours inaperçu.

2° L'œuf pourtant, dans certains cas, peut encore se rompre secondairement et spontanément lors d'un passage à travers le col.

3° Du deuxième au troisième mois, l'avortement peut encore se faire en bloc, mais ce n'est plus la règle. Tout dépend de la résistance de l'œuf, de la force des contractions utérines, de la résistance du col, des adhérences de ce œuf, et surtout de l'état de vie ou de mort du fœtus. Si le fœtus est mort, l'expulsion en bloc est la règle ; si le fœtus est vivant, la rupture a lieu le plus souvent.

4° L'absence du fœtus ne prouve pas l'intervention criminelle, car le fœtus peut avoir subi la dissolution, si l'œuf mort a séjourné longtemps dans la cavité utérine.

5° A partir du troisième mois, la rupture est la règle, et l'avortement se fait en deux temps : Expulsion du fœtus, expulsion du placenta, qui peut, ou se faire dans les premières vingt-quatre heures qui suivent l'expulsion du fœtus, ou, au contraire, tarder plus longtemps avec ou sans conséquence grave pour la mère.

6° A partir du quatrième mois, l'avortement est un accouchement en petit. Ce n'est donc que tout à fait exceptionnellement que l'œuf est expulsé en bloc.

7° Jusqu'à trois mois le cordon est beaucoup trop faible pour résister aux tractions qui seraient exercées sur lui pour extraire le placenta. Il ne peut donc à plus forte raison le retourner et ce retournement lui-même du placenta, quoique étant la règle à terme, ne présente rien d'absolu.

8° La rupture des membranes ne peut donc pas être considérée à elle seule comme un signe d'avortement provoqué, et, fût-elle même accompagnée du retournement des membranes, elle ne peut constituer un signe suffisant pour qu'on puisse en faire un signe de certitude d'avortement criminel, même dans les premiers mois.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

— L'Académie de médecine. — Voici l'époque de l'élection des dix-neuf membres les plus anciens de l'Académie : MM. Bouchardat, Ricord et Larrey font partie de l'Académie depuis 1850; M. Gaultier de Claubry, depuis 1848; M. Dumas, depuis 1843; M. J. Guérin, depuis 1842; M. Huzard, depuis 1841; MM. Bouvier et Jolly, depuis 1839; M. Bouillaud, depuis 1825; MM. Chevallier, Bussy et Boutron, depuis 1824; MM. Piorry, de Kergaradec, Hervez de Chégoin et Chevreul, depuis 1823; enfin, MM. J. Cloquet et Caventou, sont académiciens depuis cinquante-six ans, élection de 1821.

Assistance publique. — M. Emmanuel Moiaux récemment décédé, a légué par testament, « aux pauvres de Paris, une somme de 25,000 fr. qui sera versée, par portions égales, dans les caisses du bureau de bienfaisance de chaque arrondissement, et à la ville de Paris, une somme de 1 million de francs, qui sera employée moitié, soit 500,000 fr., pour la construction d'un hôpital, et l'autre moitié en achat de rentes sur l'État, afin de doter cet hôpital du revenu nécessaire pour son organisation et ses dépenses annuelles. »

***

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 13 janvier 1877, et sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts :

M. Jaccoud, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne (première chaire) à la Faculté de médecine de Paris.

M. Peter, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne (deuxième chaire) à la Faculté de médecine de Paris.

* * *

La nouvelle école de pharmacie. — Il paraît certain que l'on établira une nouvelle École de pharmacie dans les terrains de l'ancienne pépinière du Luxembourg. Les bâtiments pourront contenir 600 élèves et occuperont une superficie de 15,000 mètres. La dépense est évaluée à 3 millions 200,000 francs, qui seront répartis sur trois exercices, à partir de l'année prochaine.

* * *

Le typhus à Varsovie. — Le typhus continue de sévir à Varsovie; les victimes de cette épidémie sont nombreuses; les hôpitaux sont remplis de malades. On croit généralement que la maladie a été propagée par des volontaires russes revenant de Serbie.

* * *

Femmes-médecins. — A l'université de Berne (Suisse), il y a en ce moment, écrit-on à la *Gazette d'Augsbourg*, 30 étudiants du sexe féminin, dont 26 suivent les cours de la Faculté de médecine, 4 ceux des belles-lettres, et 1 ceux de droit. A la même université, le nombre des professeurs est actuellement de 78, dont 34 titulaires, 12 supplémentaires, 5 honoraires et 27 agrégés (Privat docenten). Ces professeurs enseignent à 314 étudiants inscrits ou 409 assistants en comptant les auditeurs libres. Il y a en outre une école vétérinaire qui compte 19 élèves et cinq professeurs.

* * *

Les exemptions du service militaire. — Voici la liste des infirmités qui, tout en exemptant les jeunes gens du service actif ou armé, les rendent susceptibles d'être incorporés pour les services auxiliaires des écritures, de la manutention, etc. :

L'obésité, à moins qu'elle ne soit excessive ;

Une légère claudication ou une gibbosité peu accusée ;

Une légère incurvation du rachis ;

La calvitie ou l'alopécie ;

Le strabisme léger de l'œil droit, ou plus accusé de l'œil gauche, sans diminution notable de la vue ;

La myopie, ne nécessitant que le port des lunettes de 1/5 à 1/4 ; la blépharite simple quoique ancienne ;

L'affaiblissement de l'ouïe avec ou sans perforation du tympan ;

La surdité d'un seul côté sans catarrhe ;

Le bec-de-lièvre peu étendu ;

La perte ou le mauvais état d'un grand nombre de dents ;

Le bégayement peu excessif ;

Le goître, quand il n'apporte pas de gêne dans la respiration ;

La hernie inguinale ou crurale peu développée et facile à maintenir ;

Le cirsocèle et le varicocèle, les varices à moins qu'elle ne soient trop développées ;

La faiblesse d'une articulation consécutive à une entorse ou à une luxation.

L'inégalité ou raccourcissement peu prononcé du membre supérieur, ou l'incurvation dans l'articulation du coude, sans gêne dans les mouvements ;

L'incurvation d'un ou plusieurs doigts ; la fluxion permanente ou l'ankylose d'un doigt qui ne s'oppose pas au travail d'un service spécial ;

L'incurvation légère des jambes ;

Les mutilations de doigts ou d'orteils, par suite d'amputation de phalanges ;

Les pieds plats et peu déviés ;

L'ongle incarné, compliqué de fongosité de chairs ;

Les difformités gênant le port du casque ou du shako et de l'équipement.

Ce sont seulement les infirmités ou maladies plus graves que celles que nous venons d'énumérer qui exemptent complétement du service actif ou auxiliaire.

Enfin, des délais sont prononcés pour les jeunes gens atteints, ou prétendus atteints d'infirmités facilement simulables, telles que surdité, mutisme, bégayement, épilepsie, folie ; le conseil fait procéder à une enquête minutieuse.

***

La bière et le vin dans le monde. — La Grande-Bretagne produit chaque année environ 60 millions d'hectolitres de bière (plus de 120 litres par tête d'habitant) et à peine 2 p. 100 de cette quantité sortent du pays, car les colonies anglaises elles-mêmes commencent à avoir leurs brasseries. L'Allemagne, qui ne vient qu'en seconde ligne, produisait, en 1872, environ 28 millions d'hectolitres de bière (70 litres par tête d'habitant pour le pays entier, mais 40 litres seulement pour l'Allemagne du Nord et 160 pour l'Allemagne du Sud). Enfin, l'Autriche, qui commence à figurer parmi les principaux pays producteurs, a fabriqué la même année 12 millions d'hectolitres de bière, l'Amérique du Nord 11 millions, la France et la Belgique chacune 7 millions; les autres pays ne comptent pas. On arrive à un total de plus de 100 millions d'hectolitres par an. C'est à peu près l'équivalent de la production vinicole du monde entier dans une année moyenne. On voit que la bière et le vin se partagent le monde également.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population*, 1,851,792.) *Du 4 au 11 janvier*, on a constaté 939 décès, savoir : variole, 8 ; rougeole, 14 ; scarlatine, 0 ; fièvre typhoïde, 29 ; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 46; pneumonie, 57; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 3; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 15; croup, 26; affections puerpérales, 6; autres affections aiguës, 251; affections chroniques, 410 (dont 161 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 43; causes accidentelles, 26.

Du 11 au 18 janvier, 955 décès ainsi répartis : variole, 6; rougeole, 6; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 40; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 35; pneumonie, 71; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 3 ; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 24; croup, 25; affections puerpérales, 7; affections aiguës, 230; affections chroniques, 134 (dont 174 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 43; causes accidentelles, 21.

VARIÉTÉS.

Voyage au pôle nord.

L'article suivant, que nous empruntons au *Journal d'hygiène*, nous semble de nature à intéresser nos lecteurs. Nous croyons bon de le faire précéder d'une courte notice historique, touchant laquelle, avec sa cordialité accoutumée, notre distingué confrère, M. le Dr de Pietra-Santa a bien voulu nous donner

les renseignements précis qui vont suivre.

L'expédition polaire, composée de deux navires, l'*Alert* et le *Discovery*, montés par 120 hommes d'équipage, partit de Portsmouth le 2 juin 1875. Le 29 juillet, elle aperçut les premières glaces de la banquise de Swich Sound. Vingt-cinq jours après, les deux navires prirent leurs quartiers d'hiver par 82° 24' de latitude. Les excursions d'automne s'effectuèrent en traîneaux.

L'hiver se passa dans de bonnes conditions.

Les excursions du printemps commencèrent le 12 mars, et se terminèrent le 14 avril. Justement alarmé par le mauvais état sanitaire du corps expéditionnaire, le capitaine Narès prit le parti, sévèrement jugé par bon nombre de ses compatriotes, de quitter le pôle, avec l'intention bien arrêtée d'y revenir l'année suivante, dans de meilleures conditions, pour le succès de son entreprise.

En conséquence, les navires quittèrent leur mouillage au mois de juillet. Ils repassèrent le cercle polaire le 4 octobre, et revinrent en Angleterre à la fin de ce même mois.

L'expédition Anglaise du pôle nord a donné lieu à des observations d'hygiène de la plus haute importance.

Quoique les prescriptions médicales les plus précises eussent été conseillées, et que des précautions minutieuses eussent été prises, pour éviter le scorbut, c'est cette terrible maladie qui a le plus éprouvé l'équipage.

L'opinion publique, en Angleterre, est d'autant plus surexcitée en ce moment, que l'Amirauté n'a pas encore cru devoir publier les rapports et documents fournis à l'occasion de ce désastre (*outbreak*).

Les dernières excursions en traîneau des volontaires de l'*Alert* et du *Discovery* ont été ralenties d'abord, et bientôt arrêtées par l'invasion du scorbut. Si le chef de l'expédition, le capitaine Narès, a jugé inutile et dangereux d'affronter un nouvel hivernage, c'est qu'il savait ne pouvoir compter, pour la campagne de l'été suivant, ni même de l'automne, sur des hommes à peine rétablis et vivant toujours sous l'imminence de la maladie.

Malgré l'accueil sympathique fait au capitaine Narès, et que lui réservaient son habileté et sa prudence, les journaux scientifiques de toute nuance ont formellement déclaré que les causes immédiates de l'insuccès devaient se rapporter à l'inobservance des règles de l'hygiène; en particulier, de la non-administration journalière, et à doses suffisantes, du jus de citron (*lime-juice.*)

L'accusation atteint plus spécialement les officiers commandant les traîneaux, qui, en l'absence des médecins du bord, ne possédaient pas un approvisionnement suffisant de *lime-juice* et n'avaient pas suivi à la lettre les instructions du Comité polaire.

Laissant à un collaborateur plus compétent l'examen de la question médicale, nous demandons la permission de présenter quelques observations d'ordre physiologique, à l'effet de faire entrer en ligne de compte d'autres éléments ou facteurs de la présence de la maladie.

Au milieu des latitudes polaires, la température de l'air extérieur descendant à 30, 40 et 50 degrés au-dessous de zéro, il est facile de comprendre que l'organisme perde, par le seul fait de la respiration, une quantité considérable de calorique.

Nos poumons absorbant 400 litres d'air par heure, le volume ingéré est d'environ 9,600 litres par jour.

Le litre d'air pesant 19.8, le poids total de l'air qui a traversé les poumons sera de 172 kil. 80.

L'échauffement de l'air, dans nos poumons, a lieu sous pression constante et non sous volume constant. Par le calcul on arrive à déterminer le nombre de calories nécessaires pour élever la température de l'eau de — 40° à + 30°. Ce chiffre est de 280 calories.

On sait aussi que 1 kilog. de carbone pur donne environ 8,000 calories en brûlant dans l'oxygène pur, par conséquent il faut que les aliments fournissent, par jour, plus de 30 grammes de carbone

pour subvenir à cette seule perte de chaleur nécessitée par l'échauffement de la masse gazeuse respirée dans les poumons.

Une portion de la chaleur nécessaire peut également avoir été fournie aux dépens des aliments azotés qui sont transformés en urée; mais c'est en raison de l'équivalent thermique des éléments absorbés que se produit cette compensation.

De récentes expériences exécutées à Londres (voir *The Lancet*) la mettent admirablement en évidence.

On a recueilli les urines de personnes laissées 15 jours en repos, et soumises pendant 14 autres jours à une marche de 100 kilomètres en moyenne. Dans le premier cas, la quantité d'urée sécrétée était de 50 grammes, et dans le second elle s'élevait à 80. Ces 30 grammes supplémentaires sont dus nécessairement au travail réel.

Faisons l'application de ces principes à nos marins des expéditions en traîneau.

La quantité de chaleur produite par l'oxydation des éléments digérés, ne doit pas seulement fournir à l'échauffement de la mase gazeuse qui sort des poumons, elle doit encore subvenir à d'autres pertes de chaleur, à savoir :

a. Le travail musculaire, nécessité par la traction des traîneaux, travail énorme quand le voyageur est lourdement chargé et que la glace est irrégulière, raboteuse, très-accidentée.

b. La dépense produite par la transpiration cutanée qui, même dans ces régions boréales, n'est jamais supprimée, et qui devient au contraire excessivement énergique alors que les efforts musculaires sont très-exagérés.

c. La perte résultant de la conduction à travers la peau du visage et les vêtements, quelque chauds qu'on les suppose.

En tenant compte des considérations qui précèdent, pour un homme à l'état sain et soumis à un travail énergique dans nos climat tempérés, il faudrait augmenter sa ration de 3/5 environ; dans les climats froids et au cours de ces expéditions polaires, la ration doit être logiquement portée au double et même au triple.

Nous comprendrons maintenant, et l'excessive voracité des Esquimaux, et la raison d'être de leur alimentation par les huiles de phoque, qu'ils boivent avec délices, et la nécessité d'envoyer dans les régions polaires des hommes doués d'un appareil digestif apte à s'assimiler aisément des matières hydrogénées; ne peut-on pas avec raison comparer l'organisme humain à un four industriel dans lequel on ne peut accumuler la chaleur qu'à la condition expresse de favoriser le tirage de la cheminée.

C'est en vue de ces conditions nouvelles d'existence que l'Amirauté anglaise avait recommandé, dans le recrutement des équipages, le choix de marins ayant une bonne dentition. Ainsi, pour former de bons explorateurs du pôle nord, il faut avant tout un entraînement préliminaire, une gymnastique spéciale du tube gastro-intestinal.

Nous aurions, pour notre part, plus de confiance dans ces pratiques hygiéniques que dans l'usage obligatoire et régulier du jus de citron, qui ne nous représente qu'un condiment, qu'un adjuvant.

L'enthousiasme que l'on professe pour le *lime juice* nous rappelle la vogue des ballonnets d'oxygène.

De même que les inhalations d'oxygène peuvent rendre de grands services aux explorateurs des espaces célestes, de même le jus de citron devra figurer utilement dans les approvisionnements des voyageurs qui montent à l'assaut du pôle nord; mais, tout en reconnaissant ce que les ballonnets d'oxygène et le *lime juice* présentent de bon, il serait imprudent de leur faire rendre plus qu'ils ne peuvent donner.

W. DE FONVIELLE.

(*A suivre.*)

Le Rédacteur en chef, gérant,
Dr HAMON (DE FRESNAY).

Paris.—Imp. de E. Donnaud, r. Cassette, 9.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 4. — 15 FÉVRIER 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HOPITAUX.

HOPITAL NECKER.

Leçon clinique de M. le professeur HARDY.

§1. — Signe qui distingue la paralysie saturnine des muscles extenseurs de la main, de la paralysie provenant d'une affection du nerf radial.

Un malade atteint d'intoxication saturnine offre ce fait particulier que les muscles extenseurs de la main ne sont atteints que d'un côté. La main se trouve rabattue, rappelant assez bien les pattes antérieures des chiens se tenant sur leurs pattes de derrière. A s'en tenir à ce seul signe, on pourrait confondre ici la paralysie saturnine avec celle résultant d'une névrite du nerf radial, laquelle est aussi unilatérale. Il existe entre ces deux affections un signe différentiel qui est caractéristique chez ce malade. Dans la paralysie radiale, le muscle supinateur est affecté aussi bien que les extenseurs. Il n'en est pas ainsi dans la cachexie saturnine. C'est ce qui explique comment cet homme peut assez aisément porter la main en supination.

§ 2. — Ataxie locomotrice. — Le siége de cette affection diffère de celui qui est propre à la sclérose.

Un homme dans la force de l'âge est atteint d'ataxie locomotrice, limitée aux jambes. Cette localisation est rare. Ce malade a eu d'abord, dans ces parties, des douleurs fulgurantes. A ces dernières ont succédé de simples fourmillements : la plante des pieds est devenue insensible; cet homme marche comme sur du coton. Il n'a aucune fermeté sur les jambes. Il ressent, enfin, vers les régions malléolaires, une sensation de pression qui rappellerait celle du brodequin de la torture.

Ces phénomènes peuvent être opposés à ceux qui se produisent dans la sclérose. Dans cette dernière affection, l'altération a pour siége la partie de la moelle d'où émanent les nerfs qui président au mouvement, c'est-à-dire les faisceaux antérieurs du cordon médullaire. Dans l'ataxie, le mal réside dans la partie postérieure de la moelle épinière. C'est ce qui rend compte de l'atteinte portée à la sensibilité. On peut ainsi s'expliquer l'ordre de succession des phénomènes morbides : douleurs fulgurantes, auxquelles succèdent de simples fourmillements, puis, comme dernier terme, insensibilité tactile.

§ 3. — Phénomènes cérébraux causés par l'état athéromateux des artères.

Un malade, âgé de soixante-cinq ans, est entré à l'hôpital pour un état apoplectiforme, ayant bientôt fait place à une amnésie complète. Il ne se rappelait ni le nom de sa rue, ni son propre nom. Aujourd'hui la mémoire est entièrement revenue. L'examen de cet homme permet très-bien de se rendre compte d'un accident qu'il eût pu être facile d'attribuer à un ramollissement partiel du cerveau.

Si l'on regarde l'avant-bras, très-maigre, de ce vieillard, on est de suite frappé de la saillie, de la tortuosité de l'artère radiale, tordue comme le corps d'un serpent. Les pulsations artérielles sont appréciables à l'œil nu, et à une assez grande distance. L'artère humérale, très-dure, roule sous le doigt comme un cordon. Or, ce qui se remarque au bras, existe certainement dans le cerveau : les artères cérébrales sont aussi athéromateuses et flexueuses. Dans un de ces vaisseaux tortueux se sera produit un petit coagulum sanguin. La lumière du vaisseau obturée, le malade aura perdu connaissance, et, à son retour à la connaissance, il se sera trouvé amnésique.

La disparition des troubles cérébraux peut s'expliquer de deux manières :

Ou le petit bouchon fibrineux se sera détaché, ou les vaisseaux collatéraux, en se développant, auront fourni les éléments d'une circulation que l'on pourrait appeler de compensation. Dans l'un et l'autre cas, tout est rentré dans l'ordre. Les fonctions psychiques et motrices n'ont pas tardé à se rétablir.

§ 4. — Urticaire, liée à un embarras gastrique, vite dissipée par l'administration d'un vomitif.

Une jeune femme est entrée dans le service pour une urticaire accompagnée de fièvre, avec envies de vomir et langue saburrale. L'administration de l'ipéca, en mettant fin à l'embarras gastrique, n'a pas tardé à faire disparaître en même temps l'urticaire.

§ 5. — Dégénérescence graisseuse du cœur, conséquence d'une hypertrophie primitive de cet organe.

Un homme, âgé de soixante et un ans, est venu dans le service pour se faire traiter d'une entérite. En examinant ses organes, M. Hardy a trouvé du côté du cœur une affection dont on ne se douterait pas au premier abord, car elle ne se traduit par aucun signe, nous pouvons dire extérieur. *Cet homme a un cœur muet*. En appliquant les doigts sur le point où vient battre la pointe du cœur, on saisit à peine les pulsations. A l'auscultation, les bruits cardiaques sont très-faibles. D'un autre côté, le pouls est plein, large, régulier et lent. Il fournit 44 pulsations à la minute. Il s'agit d'un *cœur gras*. Cette dégénérescence a été précédée d'une hypertrophie dont elle constitue la fin. Cet homme dit se porter très-bien. Il va sortir de l'hôpital.

Dr E. Picart.

HOTEL-DIEU.

Leçon clinique de M. Le Dentu.

De la cystite.

La cystite est non moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Si, chez elle, cette affection passe si souvent méconnue, cela tient aux conditions particulières des fonctions de l'urination. Le canal de l'urèthre de la femme est plus court et plus large que celui de l'homme. La miction, par là même, est plus rapide et plus facile, double condition qui la rend moins douloureuse. C'est pour de telles raisons que, chez les femmes, bien des cystites sub-aiguës et catarrhales passent inaperçues.

Si ces dispositions présentent un avantage, il est aussi un inconvénient qui s'y rattache. Les malades supportent longtemps sans se plaindre des souffrances auxquelles elles ne prêtent que peu d'attention. Lorsque leur intensité les contraint à réclamer enfin les conseils de l'art, le mal est invétéré, et la guérison, par là même, est devenue difficile à obtenir.

La cystite présente des circonstances communes aux deux sexes.

Il est une triste infirmité qui est le propre du jeune âge, et qui se produit aussi bien chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons, de huit à dix-huit et vingt ans. C'est l'*incontinence nocturne d'urine*. Sous l'influence du décubitus horizontal, la moelle épinière se congestionne : cette congestion s'étend au réservoir urinaire,

dont elle détermine la contraction spasmodique. On conçoit que cette irritation répétée peut très-bien amener une cystite chronique.

Il est aussi une variété de cystite qui se rattache à la *masturbation*. A ce propos, M. Le Dentu en rappelle un exemple remarquable, qu'il a, tout récemment, observé en ville.

Une enfant de huit ans avait pris l'habitude de se masturber, en se frottant la vulve avec des boulettes de papier. Les organes génitaux externes étaient devenus rouges, tuméfiés et très-douloureux. Un soir, étant au spectacle avec sa mère, cette enfant fut prise tout à coup de douleurs si intenses, qu'il fallut la ramener à la maison. La souffrance s'étendait de l'hypogastre à la région lombaire. Le vagin, l'urèthre, l'utérus, la vessie, les uretères et les bassinets, tout était envahi. La guérison fut longue et difficile à obtenir.

Les *excès de coït* sont aussi une cause de cystite dans l'un et l'autre sexe.

Le col vésical peut être le siége d'une localisation diathésique, sous forme spasmodique, se rattachant, chez la femme à l'*hystérie*, chez l'homme à la *diathèse rhumatismale*. Cet état congestif est entretenu par la douleur. Il se passe, en pareil cas, quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans la névralgie faciale, qui donne lieu, chacun le sait, à la congestion de la conjonctive. Il faut donc voir encore, dans ces conditions particulières, une double cause de cystite.

L'*atonie de la vessie* se développe aisément chez les femmes arrivées à un certain âge. La stagnation des urines donne lieu à un prolapsus du bas-fond de l'organe, qui se décèle souvent au dehors par la production d'une cystocèle. Le séjour prolongé de l'urine dans la vessie est une cause très-effective du catarrhe vésical.

La *goutte*, la *gravelle* et la *pierre* constituent autant de conditions propres à engendrer cette affection, par l'irritation que développent les urines, contenant des produits anormaux et des corps étrangers.

Après avoir exposé les conditions étiologiques communes aux deux sexes, il nous reste à parler de quelques causes qui sont le propre exclusif de la femme.

Il en est tout un groupe, qui se rattache aux affections congestives ou inflammatoires de l'utérus.

La *métrite aiguë* ou *chronique* s'accompagne très-fréquemment de cystite. La même remarque est applicable aux maladies utérines exerçant sur la vessie une action mécanique. Ainsi, dans l'*antéflexion* de la matrice, le fond de cet organe, pressant sur le col de la vessie, provoque quelquefois l'inflammation du réservoir urinaire. Les *corps fibreux* de l'utérus, en déplaçant l'organe, donnent lieu aux mêmes effets, d'un ordre tout mécanique.

La conclusion à tirer de ce fait d'observation est que, chez toute femme accusant des accidents vésicaux, il est de la plus grande importance d'explorer attentivement les organes gestateurs.

La *gestation*, quelque heureuse qu'elle soit, agit aussi mécaniquement sur la vessie, pour en déterminer l'inflammation.

Une autre complication de la grossesse, qui se produit également à la suite de l'accouchement, c'est *l'incontinence d'urine*. Cette incontinence persiste quelquefois assez longtemps. L'action mécanique de l'utérus a sans doute eu pour effet de produire l'atrophie des fibres musculaires du col de la vessie.

Le retour des règles, chez certaines femmes dysménorrhéiques, s'accompagne, durant quatre ou cinq jours, d'épreintes vésicales. Ces cystites à répétition finissent par engendrer le catarrhe vésical. L'écoulement menstruel exagère les symptômes de ce catarrhe, dont les douleurs se confondent avec celles qui sont liées à la dysménorrhée.

Comme type de la cystite développée sous l'influence d'une affection utérine, M. Le Dentu rapporte l'histoire d'une malade actuellement en traitement dans la salle St Charles.

Cette femme est accouchée il y a trente mois. Dix mois après ses couches, elle se fit traiter pour une ulcération de l'utérus,

dont la curation eut pour effet de mettre fin à des accidents vésicaux qu'elle avait longtemps supportés sans se plaindre. Tout alla bien pendant quelques mois, au bout desquels les mêmes symptômes du côté la vessie se reproduisirent avec plus d'intensité que par le passé. Chaque miction était accompagnée de douleurs qui persistaient assez longtemps après l'émission des dernières gouttes d'urine.

En pareils cas, on en est à se demander si ces douloureuses contractures ne seraient pas liées à une fissure du col vésical; fissure analogue à celles de l'anus, qui, chacun le sait, donnent aussi lieu à de si violentes douleurs? Plusieurs fois, en pareils cas, l'endoscope a pu révéler, au col vésical, la présence de ces fissures, dont on a pu, grâce à lui, pratiquer la cautérisation directe.

Chez notre malade, il convient d'écarter l'idée d'une fissure. Il n'y a donc pas lieu de la soumettre à l'emploi d'un instrument dont l'application est douloureuse.

Il était également permis de soupçonner l'existence d'un calcul. Or, l'exploration pratiquée en ce sens n'a fourni que des résultats négatifs.

On a donc dû s'en tenir à l'idée d'un simple catarrhe avec contracture.

Chez cette malade, le traitement a consisté, jusqu'ici, dans l'emploi des moyens suivants :

Suppositoires belladonés; injections narcotiques. Ces agents étant restés sans effet favorables, on a eu recours aux capsules de térébenthine, qui ont été administrées à la dose de 4 à 6 par jour.

Ce médicament a été continué avec avantage pendant quinze jours. Puis les accidents ont repris avec une intensité nouvelle.

C'est pour les combattre que M. Le Dentu se propose, aujourd'hui, de pratiquer une légère cautérisation du col de la vessie, avec le porte-caustique de Lallemand.

Pour compléter cette rapide esquisse de la cystite catarrhale, M. Le Dentu signale ensuite les *modificateurs thérapeutiques* suivants, qui peuvent être utilisés avec avantage pour la combattre.

Un moyen de premier ordre, applicable aussi bien à l'homme qu'à la femme, consiste dans la *pratique des injections vésicales à grande eau*, que l'on effectue à l'aide d'une sonde à double courant. On emploie, à cet effet, l'*eau froide* ou l'*eau chaude*. L'*eau froide* est indiquée dans les cas d'atonie vésicale, en vue de tonifier les fibres musculaires. L'*eau chaude* convient, au contraire, lorsque la vessie est irritable et le siége d'une sensibilité exagérée. Cette balnéation de la vessie doit être répétée, selon le besoin, tous les jours ou tous les deux jours. On arrive ainsi à nettoyer le réservoir urinaire, et à modifier la muqueuse d'une façon très-avantageuse.

Dans ce dernier objet, diverses substances ont été utilisées. C'est ainsi qu'on a conseillé des injections effectuées avec une *décoction de feuilles de noyer*, d'*écorces de chêne*, avec de l'*eau blanche*, avec de l'*eau de goudron*. Ces dernières peuvent être tenues parmi les meilleures. Il est des personnes, cependant, qui les tolèrent très-mal. Il est donc bon d'en surveiller l'emploi. La même remarque est applicable à l'*eau de chaux*, qui n'est pas toujours bien supportée par la vessie.

Il est une autre série de modificateurs, dont l'action est plus énergique. Dans cette série se rangent les injections ayant pour principes actifs l'*alun*, le *sulfate de cuivre*, le *nitrate d'argent*. Cette dernière substance doit être employée avec de grands ménagements. Il convient de ne guère dépasser de 0,05 à 0,10 de sel lunaire, par injection de 250 gr. Cette médication substitutive doit être attentivement surveillée. Il faut, en effet, savoir s'arrêter à propos, car il pourrait devenir dangereux de dépasser le but que l'on se propose.

Il va de soi que, à l'état aigu, la cystite commande l'emploi des moyens anti-phlogistiques.

Dans sa période sub-aiguë, et surtout lorsqu'elle est passée à l'état chronique, cette affection est efficacement combattue par l'usage interne des *balsamiques* et

par l'application de la *méthode révulsive*. A ce dernier point de vue il convient de se garder de recourir aux *vésicatoires*. Nonobstant la précaution de les saupoudrer de camphre, ils n'ont que trop souvent tendance à exercer une action nuisible sur un organe qui a bien plus besoin de sédation que d'excitation. Un conseil aussi illogique est cependant donné par tous nos classiques. C'est une prescription que chacun répète comme une formule banale. Parmi nos auteurs les plus estimés, Civiale seul, tout en la reproduisant, établit quelques réserves.

Qu'on ne l'oublie pas : *il faut exclure les vésicatoires du traitement de la cystite.* Cette proscription est d'autant plus légitime, qu'il existe des dérivatifs non moins puissants, et qui ont pour avantage de n'exercer sur la vessie aucune action nocive.

Parmi ces agents, il faut citer la *teinture d'iode*, utilisée en badigeonnage sur la région hypogastrique. Ce modificateur, si bénin dans son essence, agit quelquefois très-promptement et très-sûrement chez certains sujets, surtout chez les femmes.

Il est un autre révulsif très-puissant, en même temps que très-inoffensif; c'est *l'huile de croton*.

On en peut dire autant de la *pommade stibiée*, que Civiale conseille avec insistance.

Les frictions doivent être effectuées soit à l'hypogastre, soit à la région sacrée.

Dans les cas graves, il convient de recourir à la cautérisation ponctuée ignée.

Un dernier conseil : Lorsque, chez une femme atteinte de cystite, la guérison ne peut être obtenue par les traitements les plus divers et les plus rationnels, employés à l'adresse de l'affection vésicale, *il faut songer à une lésion quelconque de l'utérus*. C'est en dirigeant de ce côté les efforts de la thérapeutique que l'on peut arriver à un résultat favorables, en mettant en pratique le si judicieux précepte : *sublata causa, tollitur effectus*.

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

De l'ignipuncture, par le docteur G. Juffiard, chirurgien en chef de l'hôpital de Genève.

L'ignipuncture, proposée et employée depuis longtemps par M. Richet, est un procédé de cautérisation spécialement applicable aux arthropathies et aux ostéo-périostites chroniques. Il consiste à enfoncer profondément, dans les articulations et dans les os malades, une pointe métallique chauffée à blanc. Quoiqu'elle mérite d'occuper une place importante parmi les divers procédés de cautérisation, jusqu'à ce jour, les ouvrages les plus récents de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire n'en font pas mention.

Pour cette opération, M. Richet se sert d'un cautère constitué par une boule métallique d'un centimètre de rayon, qui sert de réservoir au calorique. A cette boule est vissée, dans l'axe du manche de l'instrument, ou perpendiculairement à celui-ci, une aiguille d'acier, ou même de platine, longue de quatre à cinq centimètres n'ayant pas à sa base plus de quatre millimètres de diamètre.

Le platine est préférable à l'acier comme aiguille, car il ne se ramollit pas sous l'influence de la chaleur; il conserve mieux son calorique, et surtout ne s'oxyde pas, ce qui est très-avantageux, car l'aiguille d'acier, en s'oxydant au contact des tissus, abandonne souvent dans la plaie des débris métalliques, provenant de son exfoliation, débris qui jouent le rôle de corps étrangers et provoquent la suppuration.

Ce cautère à boule de M. Richet présente certains inconvénients. Rougie à blanc, l'aiguille se déforme très-facilement en la sortant du réchaud, ce qui oblige à laisser refroidir le cautère pour le redresser, puis de chauffer de nouveau l'instrument. Quand une aiguille a été déformée plusieurs fois, elle est presque toujours hors d'usage. Enfin, comme il faut enfiler l'aiguille de quatre à cinq centimètres, la boule incandescente arrive

presque au contact de la surface cutanée, qui se trouve ainsi cautérisée par rayonnement. Faut-il aussi parler des cas où l'instrument, après avoir contourné un obstacle, s'enfonce tout à coup tellement, que la boule du cautère vient toucher la peau?

Frappé de ces inconvénients, M. Julliard a eu l'idée de pratiquer l'ignipuncture par l'électricité. A cet effet, il a fait fabriquer, à Genève, un cautère électrique qui répond à toutes les indications.

Ce cautère est constitué par un fort fil de platine, disposé en anse pointue. L'anse a cinq centimètres de longueur et une largeur de quatre millimètres à sa base. Cet instrument se monte sur un manche muni d'un bouton, au moyen duquel on peut modérer à volonté l'intensité du courant. A l'aide de trois ou quatre piles de Bunsen de huit centimètres, l'anse devient incandescente, et se trouve portée sur toute sa longueur au rouge blanc. L'instrument pénètre alors avec la plus grande facilité et sans effort, même dans les os. On sait que le galvano-cautère, grâce à la température élevée qu'il peut acquérir, s'enfonce dans les tissus beaucoup plus facilement que le cautère ordinaire.

Les avantages de cet instrument, sur celui de Richet, sont qu'il ne produit jamais de cautérisation de la peau par rayonnement; qu'un seul cautère suffit à pratiquer autant de ponctions qu'on voudra, parce qu'à peine extrait des tissus, il reprend sa température; que les piqûres sont moins douloureuses et moins sujettes à suppurer; enfin, que malade et médecin sont débarrassés de réchauds et de soufflets.

D'ailleurs, avec l'un comme avec l'autre de ces instruments d'ignipuncture, il faut faire fixer solidement par des aides la partie qu'on veut cautériser, donner à la pointe incandescente une direction convenable pour qu'elle pénètre dans la surface articulaire ou dans la profondeur des tissus, puis, après l'avoir enfoncée de quatre à cinq centimètres, la retirer rapidement et avec légèreté, en évitant, alors aussi, d'imprimer à l'aiguille des mouvements de latéralité et en ayant soin de suivre exactement la même direction qu'en l'introduisant.

L'opération terminée, on place sur la partie cautérisée des compresses d'eau froide, ou une vessie de glace. Si elle a été pratiquée dans une articulation, on immobilise celle-ci, mais en se réservant la vue de la place cautérisée, pour surveiller la marche des piqûres.

Les cautérisations peuvent être répétées aussi souvent qu'on le juge convenable.

La douleur produite, bien qu'assez vive, ne requiert pas l'anesthésie par le chloroforme, et est plus supportable quand on a eu soin de chauffer à blanc la pointe du cautère, ce en quoi le galvano-cautère l'emporte sur l'instrument primitif de M. Richet.

Dans deux cas, où M. Julliard ignipuncturait le genou, il se produisit, sur le trajet du nerf sciatique, une douleur très-vive, qui disparut complétement au bout de deux à trois minutes. Chez deux autres malades, il se produisit autour de l'aiguille, lors de sa pénétration, une flamme blanchâtre, due à la combustion du tissu adipeux sous-cutané. Cette flamme, du reste, disparut aussitôt et ne donna lieu à aucun accident.

Quand l'articulation ponctionnée renferme du liquide, celui-ci s'échappe habituellement, et souvent avec force, par l'orifice laissé par l'aiguille. Ce phénomène peut durer jusqu'à dix à douze heures, rarement plus, puis cesse pour reparaître plus tard, après l'élimination de l'eschare.

Un diminutif de ce phénomène se montre, quand l'aiguille a pénétré dans des fongosités molles et fluctuantes, ou dans des tissus œdématiés et infiltrés. On a parfois aussi, et cela surtout avec le galvano-cautère trop incandescent pour produire l'hémostasie, de petites hémorrhagies qui s'arrêtent presque toujours d'elles-mêmes, ou par la compression digitale de l'orifice.

Quant aux piqûres, tantôt elles guérissent par première intention, tantôt elles suppurent, dégénérant même quelquefois

en fistules. Si les bords des piqûres deviennent fongueux ou blafards, le pronostic est défavorable. C'est un signe que l'articulation ponctionnée va de mal en pis, et que l'ignipuncture est impuissante. En revanche, une ecchymose autour des piqûres est un phénomène sans importance.

Chose singulière, quand une ponction qui a pénétré dans une articulation donne lieu à une hémorrhagie, même abondante, jamais le sang ne pénètre dans l'article.

Un des résultats les plus frappants de l'ignipuncture, sur une tumeur blanche ou sur une arthrite, c'est la sédation des douleurs, généralement avec abaissement de température et ralentissement du pouls. Plus tard le volume de l'articulation diminue : immédiatement quand il y avait eu épanchement, plus lentement dans l'arthrite sèche.

Quand vingt à trente pointes appliquées en quatre ou cinq séances, à quelques jours d'intervalle, n'ont pas produit d'effet durable, il faut recourir à un autre traitement.

L'action révulsive est, d'après M. Julliard, la qualité principale de l'ignipuncture ; cette action, toutefois, est différente de celle de la cautérisation transcurrente ou ponctuée, elle se rapproche plutôt de celle des sétons.

En second lieu, l'ignipuncture a pour résultat d'exciter et de tonifier les parties malades. Elle y provoque une inflammation nouvelle, ayant une tendance plus grande à la suppuration, que ne l'a l'inflammation toujours spécifique des tumeurs blanches.

Cette opération a, de plus, une action évacuatrice. Les ponctions ignées ont les mêmes avantages que celles pratiquées par les caustiques. Elles sont moins sujettes à se compliquer d'érysipèle, d'infection purulente, parce que les vaisseaux, étant ordinairement oblitérés immédiatement, sont moins aptes à devenir les agents d'une absorption septique.

Lorsque les trajets causés par l'aiguille sont comblés par du tissu inodulaire, les tissus ignipuncturés se trouvent cloisonnés par des brides cicatricielles douées d'une propriété rétractile énergique, qui compriment les tissus malades, en diminuent la vitalité et en provoquent l'affaissement. Comme ce tissu inodulaire a une tendance à s'étendre et à envahir les parties voisines altérées dans leur structure, ces dernières se trouvent par là comprimées et détruites.

L'ignipuncture peut être employée dans un grand nombre de maladies ; mais c'est surtout dans le traitement des arthrites chroniques, contre les fongosités des synoviales et contre les ostéo-périostites, que ce procédé de cautérisation donne de bons résultats.

Contre les ostéo-périostites, l'ignipuncture est le meilleur traitement que l'on puisse employer. Entre tous, il est à la fois le plus énergique et le plus simple.

Dans les arthrites chroniques, lorsque l'articulation renferme du pus, les ponctions incandescentes produisent quelquefois des résultats très-remarquables, quand tous les autres traitements ont échoué.

Si elles ne procurent pas toujours la guérison, du moins, elles n'aggravent jamais le mal, elles diminueront notablement les douleurs. Elles peuvent donc toujours être employées à titre de calmant.

Lorsque l'on a affaire à des arthropathies dans lesquelles l'articulation ne contient pas encore de pus, l'ignipuncture peut rendre de grands services. Mais il ne faut pas oublier que la pénétration d'une pointe incandescente dans une jointure expose à la suppuration. Cette complication de l'ignipuncture, si rare qu'elle puisse être, est néanmoins possible. On devra donc toujours en tenir compte. Aussi je conseille, dans les cas semblables, de ne recourir à l'ignipuncture que lorsque les autres modes de traitement (immobilisation, médication intérieure, etc. seront restés sans effet.

Dr CORNAZ,
de Neufchatel (Suisse).

De la place que doivent occuper les Dragées Dominique dans la thérapeutique moderne, par M. le docteur Barou.

Cette préparation médicamenteuse rend de grands services dans la thérapeutique des maladies pour le traitement desquelles sont indiqués les éléments chimiques des Eaux minérales de la source Dominique.

Il n'en devait pas être autrement : l'idée de recueillir les dépôts de cette source rare, d'extraire de ceux-ci les agents les plus actifs, et de ce choix, méthodiquement fait, composer un médicament sous forme de bonbon qui le rende facile à administrer chez tous les malades, cette idée devait être bien venue auprès du médecin. C'est aussi ce qui a eu lieu.

Aujourd'hui les Dragées de la Dominique sont entrées dans la pratique médicale, et y rendent les services que l'on peut attendre d'un médicament qui a fait ses preuves.

Il n'est pas inutile, croyons-nous, pour les médecins qui aiment à se rendre compte de ce qu'ils font d'après la constitution des agents qu'ils ordonnent, de revenir sur la composition élémentaire des Dragées Dominique et d'en faire apprécier la synthèse.

On sait d'abord que, dans la minéralisation puissante de la source Dominique, la chimie a distingué, en première ligne, les sels de fer, d'arsenic et de phosphore, dont chacun connaît les propriétés et l'emploi qu'en fait la médecine rationnelle de nos jours.

L'élément ferreux s'y présente sous la forme de sulfate basique de fer, dont la formule chimique est celle-ci ($Fe^2O^3SO^3$) = 25 gr. pour 100 de minéralisation totale.

L'élément arsenical, sous la forme d'arséniate basique de fer dont la formule est (Fe^2O^3) $2AsO^5$ = 13 gr. pour 100.

L'élément phosphoré sous la forme de phophate basique de fer dont la formule est (Fe^2O^3) PhO^5 = 7 gr. 50 pour 100.

Puis encore de l'oxyde de fer en excès, marquant 35,06 sur les cent grammes de minéralisation de l'eau elle-même.

Telle est la richesse des éléments de la source Dominique de Vals et, telle doit être sans contredit la richesse de la matière que déposent les Eaux de cette source sur le terrain où on la recueille avec soin pour en préparer les Dragées médicamenteuses qui font ici l'objet de notre étude.

Nous ne dirons pas les travaux d'aménagement méthodique qui ont été faits par l'Administration des Eaux de Vals pour que rien ne fût perdu de ces dépôts naturels, mais encore pour qu'on pût les conserver sur place, et les en retirer à propos, lorsque le moment de les prendre, pour en faire la préparation des Dragées, est venu. Du reste, l'analyse de la matière prise dans ces dépôts a été faite par M. Frédéric Wurtz, chef du laboratoire de la Pharmacie centrale de France, et l'épreuve a démontré, jusqu'à une fraction près, que la minéralisation de l'eau y est bien intégralement comprise.

Ainsi, aucun doute ne reste possible à cet égard : il est constant et avéré que les agents thérapeutiques qui font la richesse de la source Dominique, si estimée pour l'excellence de sa composition médicamenteuse, se trouvent bien dans les Dragées, et y sont incorporés avec tout l'art dont on dispose dans le laboratoire que nous venons de nommer.

Il resterait à faire ressortir encore la préférance que méritent les substances de matière médicale, lorsqu'elles proviennent du grand laboratoire de la nature, sur celles qui sont le résultat des travaux de la chimie; mais les médecins auxquels s'adresserait cette remarque nous dispensent de ce soin. Ils savent par expérience qu'en fait de médicament, les produits de l'art chimique, même perfectionnés, sont inférieurs de propriétés curatives et d'activité aux produits naturels quand on peut les recueillir dans toute leur intégrité, comme on le fait pour les Dragées de la Dominique.

Constatons donc avant tout qu'il y aura avantage, dans les cas nombreux où le praticien sera mis à même d'ordonner le

Fer, l'Arsenic et le Phosphore à ses malades, d'avoir recours à cette préparation facile et agréable, et d'en prescrire les Dragées avec la confiance d'en obtenir les meilleurs effets curatifs.

Cela posé sur la connaissance intime de cette préparation, qui se recommande par elle-même, on sera maintenant de notre avis, quand nous dirons qu'elle est bien venue en son temps, c'est-à-dire à une époque où elle pouvait remplir son objet et répondre à un besoin actuel de la médecine. Expliquons-nous à cet égard, quoique nos confrères comprennent d'avance ce que nous allons dire.

Il est certain que le médecin de notre temps a deux grandes préoccupations qui dominent sa pratique, et cela, soit qu'il exerce son art dans la clinique des hôpitaux, soit qu'il l'exerce dans la clientèle privée. La première de ces préoccupations se rapporte à l'espèce des médicaments, la seconde se rapporte à l'espèce des maladies.

Il en a été ainsi de tout temps : il y a eu toujours une maladie régnante qui a captivé l'attention des médecins, et cette maladie a provoqué la vogue du médicament qui la guérit.

La maladie qui de nos jours captive l'attention du médecin est l'anémie, c'est-à-dire une constitution organique qui laisse à désirer du côté de la circulation et des propriétés vitales du sang. Cette constitution organique n'est pas seulement une maladie par elle-même, elle est encore le fonds de la plupart des maladies qui atteignent notre génération actuelle.

Toutes les affections nerveuses aujourd'hui sont grevées d'anémie; toutes les fièvres sont anémiques au fond. Les enfants sont généralement anémiques ou lymphatiques; les vieillards sont tributaires de l'anémie. Les femmes surtout sont anémiques et pèchent par l'activité circulatoire et la vitalité du sang.

Le sang se compose de globules qui en sont les éléments principaux, mais les globules, qui devraient être rouges pour avoir toute leur vigueur, deviennent pâles ou blancs et diminuent de nombre dans le liquide où ils nagent, ce qui est le caractère fondamental de l'anémie et ce qu'on appelait autrefois le lymphatisme ou la décomposition sanguine.

Toutes les faiblesses de constitution, soit dans l'état de santé ordinaire, soit dans l'état de souffrance et de maladie, sont réputées aujourd'hui de nature anémique, et y avoir leur cause quand elles n'en sont pas les effets.

De telle sorte que lorsqu'on est malade de nos jours, il doit paraître rationnel aux médecins d'avoir recours aux médicaments qui ont pour effet de relever l'organisme de l'état de cette faiblesse générale, et dans les cas où la maladie réclame un autre agent d'action, comme dans les fièvres intermittentes, il est encore bon et utile d'associer au médicament antifébrile le médicament qui porte son action sur le manque d'activité circulatoire ou sanguine qui accompagne la maladie principale.

Il reste à se demander quel est, dans la matière médicale, l'agent que l'expérience de tous les siècles a reconnu comme le plus efficace pour ramener le ton voulu dans la circulation, en même temps que pour rétablir dans sa vigueur normale les globules sanguins, desquels dépendent en quelque sorte la force et la santé de l'homme ?

Ainsi posée la question, la réponse suit d'elle-même dans la pensée du médecin. Cet agent est le Fer, le premier des martiaux, ainsi que le désignaient les Anciens, pour dire le plus puissant des médicaments à employer contre toutes les débilités organiques.

La suite de cet article démontrera que le fer, pris dans les dépôts de la source Dominique de Vals, doit avoir des propriétés spéciales à raison de cette provenance.

Nous verrons ensuite les effets qu'on doit attendre de l'Arsenic et du Phosphore associés naturellement au Fer dans cette minéralisation.

Dr BARON.

OBSTÉTRICIE.

Simple note sur la détroncation et sur l'éviscération, dans les présentations transversales de l'enfant, à propos du nouvel embryotome de M. Tarnier.

M. le professeur Tarnier, auquel la science est redevable de tant de travaux justement appréciés, vient de doter l'arsenal obstétrical d'un nouvel instrument d'une grande utilité pratique. C'est de cet instrument si ingénieux que nous nous proposons aujourd'hui d'entretenir un instant les lecteurs de la *Revue*.

Il n'est pas un accoucheur qui ne se soit vu plus ou moins souvent, dans le cours de sa carrière, aux prises avec une des plus grandes difficultés tocologiques, dépendant d'une présentation du tronc de l'enfant, avec ou sans issue du bras. En pareils cas, lorsque la pratique de la version est impossible, il devient indispensable de recourir à la détroncation ou à l'éviscération.

Lorsque la tête n'est pas très-élevée, la première de ces opérations peut se pratiquer sans trop grandes difficultés; que l'on ait recours au crochet de Braun, aux grands ciseaux de P. Dubois, à l'embryotome de Jacquemier, etc. Il cesse d'en être ainsi lorsque, par son élévation, la région cervicale du produit devient difficilement accessible. C'est alors que le procédé dit *à la ficelle*, quel que soit d'ailleurs le porte-lac employé, rend de grands services. Mais la difficulté, c'est... de passer la ficelle.

Autant ce procédé est d'une exécution facile et brillante dans une démonstration d'amphithéâtre, autant il est, en pratique, d'une exécution délicate. Plus d'une fois les maîtres les plus habiles n'ont pu le mettre convenablement à exécution. Rien n'est plus difficile que de donner une bonne direction au crochet, soit rigide, soit articulé, et d'assigner un sens convenable au cordon de section. Exemple, le cas du professeur Hyerneaux de Bruxelles, qui vit ce même cordon se perdre dans les téguments de l'épaule (1). Dans le cas en question, l'accoucheur Belge, en effectuant des tractions, eut la mauvaise fortune de n'entraîner au dehors que le seul membre prolabé. L'extraction du produit donna lieu à des difficultés telles, qu'il fallut l'habileté consommée du maître pour les surmonter.

Dans un cas qui s'est passé presque sous nos yeux, il y a quelques années, un accoucheur de grande réputation n'a pas été aussi heureux. Il lui a été impossible de terminer l'accouchement, et la malade a succombé sans qu'il ait été possible de la délivrer.

Parlerons-nous de la répugnante pratique de l'éviscération? C'est l'opération la plus longue, la plus laborieuse, la plus terrifiante pour l'entourage, que l'on puisse imaginer. Nous avons connu un honorable confrère, qui avait pour elle une prédilection marquée. Il lui fallait souvent deux heures pour l'effectuer. Ajoutons que cette pratique a été loin de consolider, dans le public, sa réputation d'accoucheur.

C'est donc à juste titre que, dans l'état actuel de la science, les cas dont nous parlons étaient rangés parmi les plus scabreux de la dystocie.

Eh bien! grâce à l'ingénieux instrument de l'éminent professeur de la Maternité de Paris, on peut estimer que de telles difficultés, elles aussi, ne sont que relatives. Grâce au nouvel embryotome de M. Tarnier, en effet, il est devenu possible de pratiquer rapidement et presque sans peine l'extraction du produit. On comprendra aisément la justesse de cette double assertion, lorsque l'on se sera fait une idée de l'instrument dont nous allons donner le dessin et la description.

Disons-le de suite : l'embryotome de M. Tarnier n'est autre chose qu'une application particulière du système à chaînette articulée du forceps-scie de Van Huevel.

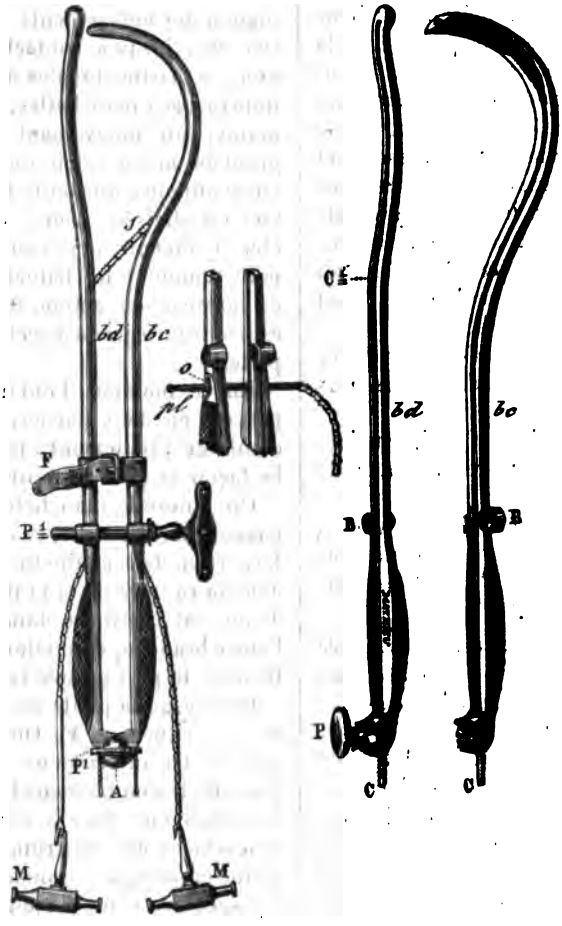
Cet embryotome se compose de deux branches: l'une antérieure, presque droite, *bd*, qui se place entre le pubis et l'en-

(1) *In* Nos d'août et de septembre 1875, des *Annales de la Société méd.-chir.*, de Gand.

fant; l'autre postérieure, à courbure assez prononcée, *bc*, qui s'applique entre le sacrum et le corps du produit.

Ces deux branches, pourvues à leur extrémité manuelle d'un manche quadrillé, s'articulent à leur partie terminale, au moyen d'un pivot de rassemblement P.

Le mécanisme de cet instrument est assez simple. Une mortaise longitudinale est pratiquée, dans chacune des branches, pour le passage d'une crémaillère flexible, à l'extrémité supérieure de laquelle fonctionne une scie articulée, qui se met en mouvement au moyen de deux manchettes, M_1 M_2 sur lesquelles on tire par des mouvements de va-et-vient.



La progression de la scie s'accomplit au moyen d'une clef à pignon, P, qui permet de mettre la chaînette en rapport avec les organes à sectionner. Cette section partielle obtenue, on tourne de nouveau le pignon, pour effectuer la progression des crémaillères conductrices. Ce mouvement alternatif et du pignon et de la chaînette est continué jusqu'à section complète du produit de la conception.

Au dernier temps de l'opération, la chaînette relie directement les deux extrémités supérieures des branches, de telle sorte qu'aucune partie de l'enfant n'échappe à la section.

Dans le dessin ci-contre, le rapprochement des branches est effectué au moyen d'une courroie de cuir F. Depuis le moment où ce dessin a été exécuté, M. Mathieu a perfectionné ce moyen de connexion.

Celle-ci s'effectue, aujourd'hui, au moyen d'une petite crémaillère qui, prenant appui au point où est figuré la courroie, sur le côté gauche de la branche inférieure, ou courbe, s'articule sur un cran implanté sur la partie correspondante de la branche congénère. Cette crémaillère se fixe par un petit ressort analogue à ceux du couteau de poche.

Grâce à un ingénieux mécanisme imaginé par M. Mathieu, le passage de la chaînette est très-facile. Deux petites ouvertures sont pratiquées entre les manches et la charnière, A, (1). Une des extrémités de la scie, munie d'une sorte de passe-lacet en acier, *pl*, est engagée, les parties sectionnantes dirigées en haut, au travers de ces ouvertures, en O; puis, on tire sur cette extrémité, de manière à égaliser les deux chefs qui, alors seulement, sont munis de leurs manchettes.

C'est à ce moment que l'on engage les crémaillères flexibles (2) dans leurs rainures respectives.

On tourne ensuite la clef à pignon jusqu'à ce que la chaîne arrive au contact de la partie fœtale à diviser.

Après cette description, dont la vue du dessin facilitera l'intelligence, il ne nous reste plus qu'à analyser l'opération dans chacune de ses phases.

La branche courbe de la scie est posée la première, entre l'enfant et le sacrum; puis on procède au placement de la branche antérieure ou pubienne.

Grâce à un mouvement de latéralité assez étendu, ménagé dans la charnière d'articulation, A, les deux extrémités digitales des branches s'engrènent aisément, et sont de même fixées au moyen d'un quart de tour du pivot de rassemblement, P.

Pour éviter tout écartement des extrémités internes des branches, au moment de la section, on en assure la connexion au moyen de la petite crémaillère adaptée à gauche de la clef à pignon.

On engage la chaînette dans les deux ouvertures (1) qui lui sont préparées, et on munit chacun de leurs chefs de sa manchette.

On engage ensuite isolément (2) les longues crémaillères flexibles dans leurs mortaises respectives, et on imprime au pignon des mouvements de rotation sur son axe, jusqu'à contact de la chaînette avec les parties fœtales à sectionner. On imprime aux manchettes, saisies à pleines mains, un mouvement de va-et-vient, jusqu'au moment où un défaut de résistance annonce que toute la partie en contact est divisée. Alors, on donne à la clef à pignon une nouvelle impulsion pour remonter la chaînette, que l'on met de nouveau en action. Cette manœuvre est continuée jusqu'à section fœtale complète.

En ce moment, l'enfant est nettement partagé en deux parties. Il s'agit, alors, d'enlever rapidement l'instrument. Voici la façon la plus expéditive de procéder :

On enlève la manchette non munie de passe-lacet, la gauche, et on tire sur l'autre. La portion de la chaînette qui fonctionnait dans la rainure de la branche correspondante, est entraînée dans la rainure de l'autre branche, dont elle est extraite bientôt avec la plus grande facilité.

On dégage la petite crémaillère de connexion, située en F. On enlève la clef à pignon. On imprime un quart de tour au pivot de rassemblement P; puis, les deux branches sont tour à tour enlevées. Cet enlèvement de l'instrument peut être effectué en quelques secondes, sans la moindre secousse pour la malade.

Il ne nous reste plus qu'à apprécier,

(1) Voir la note (1) de la colonne suivante.

(2) La manière de passer la scie à chaîne et les crémaillères flexibles, sont d'heureuses modifications que M. Mathieu a apportées au passage de la scie et des conducteurs rigides de Van Huevel. Ces modifications ont pour effet de rendre prompte et facile une manœuvre qui, jusqu'ici, exigeait une grande habileté de la part de l'opérateur.

(1) Dans le dessin ci-contre, ces petites mortaises sont figurées auprès de la clef à pignon. Pour éviter l'action vulnérante de la scie sur les mains de l'opérateur, l'habile fabricant a cru bon de les reporter beaucoup plus bas, au voisinage du point de rassemblement des branches.

(2) Dans le forceps-scie de Van Huevel, les deux crémaillères doivent être engagées dans leurs mortaises simultanément et en même temps que la chaînette.

dans ses effets, cet instrument d'une si ingénieuse conception.

Il a été utilisé un certain nombre de fois par son inventeur : les résultats qu'il a produits ont toujours été des plus satisfaisants. Il ne faut qu'une vingtaine de secondes pour mener à bien une opération qui, avec les méthodes jusqu'ici employées, nécessitait de longs et pénibles efforts, qui ne sont pas sans exposer à de sérieuses lésions et la malade et l'opérateur.

Cet instrument ne nous semble passible que d'un seul inconvénient. Son prix est trop élevé (200 à 250 fr.), pour qu'il soit permis d'espérer sa généralisation dans la pratique du plus grand nombre des accoucheurs. Comme il y a lieu de croire qu'il ne tardera pas à figurer dans l'arsenal des maternités, et dans celui des praticiens de la profession, où il est généralement possible de se pourvoir, espérons que, grâce à lui, il sera donné aux accoucheurs de conserver, chaque année, les jours à plus d'une mère de famille.

Dr Hamon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Du psoriasis de la langue et de son traitement. — Par M. Alphonse Devergie.

M. Trélat a appelé l'attention de ses collègues de la Société de chirurgie sur les transformations que peut subir une affection de la langue à laquelle on a donné le nom de *psoriasis*. Cette affection, qui débute le plus souvent par des taches blanches, peut revêtir la forme *ulcéreuse*, se transformer en *tumeurs épithéliales*, et même en *cancroïdes*. Elle nécessiterait, dans ces deux derniers cas, l'intervention du chirurgien.

Or, depuis longues années, j'ai eu l'occasion d'observer cette maladie dans mes études des maladies de la peau ; de la traiter et de la guérir dans ma pratique médicale. Elle a principalement fixé l'attention de M. le docteur Mauriac, qui en a fait l'objet d'une excellente monographie, quoique ses opinions diffèrent des miennes. Je rappellerai d'abord comment elle se manifeste. C'est principalement sur les côtés de la langue et sous cet organe, dans la partie qui avoisine l'arcade dentaire inférieure, qu'elle se montre ; et, pour peu que le malade ait quelque dent gâtée ou cassée, il attribue cette affection au contact de la langue avec la dent malade ou fracturée ; M. Mauriac, au contraire, en place principalement le siége à la face supérieure de la langue.

C'est le plus souvent, au début, une petite tache blanche d'un demi-centimètre à un centimètre de diamètre ; cette coloration, d'aspect laiteux, siége évidemment dans l'épithélium de la membrane muqueuse ; elle ne présente aucune inflammation, ni dans sa circonférence ni dans l'épaisseur des tissus ; on la touche sans causer de douleur, et même le toucher ne dénote pas souvent de sensibilité. Elle n'est pas gênante pour le malade, au moins d'une manière sensible, si ce n'est quand il mange ; c'est alors qu'il s'en aperçoit ou qu'il se la rappelle.

Ces taches ne progressent qu'à la longue, et tel est souvent leur peu de progrès, que les malades les gardent six ou sept ans et plus, avant d'avoir recours aux conseils de leur médecin.

Donner le nom de *psoriasis* de la langue à ces taches ne me paraît pas logique. Serait-ce parce que l'épithélium est atteint, et y aurait-il lieu de comparer cet état aux productions épidermiques du psoriasis de la peau ? Je ne vois là aucune

analogie; un psoriais est caractérisé par deux phénomènes : l'*épaississement* ou inflammation généralement chronique de la peau, et, ensuite, la production ou la sécrétion d'un épiderme plus ou moins adhérent. Dans les cas mêmes où la peau ne paraît pas malade, à cause de la production épidermique qui la tapisse, il suffit de faire tomber l'épiderme à l'aide d'un cataplasme, pour voir l'état plus ou moins inflammatoire qu'il cachait.

Dans le soi-disant psoriasis de la langue, l'épithélium est sans cesse en contact avec la salive, il ne se détache pas un atome d'épiderme. Il n'y a aucune trace d'inflammation autour de la tache blanche et opaline, et il n'y a pas, au moins dans les cas simples, d'autre induration de tissu que celle que donne l'épithélium épaissi et d'un blanc mat.

Voilà donc des différences très-tranchées entre le psoriasis de la peau et ce qu'on appelle le psoriasis de la langue.

Enfin, si l'on rapproche ces deux caractères différentiels du psoriasis de la langue comparé au psoriasis de la peau, d'un troisième, à savoir que ces taches épithéliales peuvent revêtir deux autres formes graves que l'on ne rencontre *jamais* dans le psoriasis de la peau, on verra qu'il y a lieu de changer ce nom.

En effet, si la généralité de ces taches épithéliales a une marche chronique et se perpétue ainsi chez un plus grand nombre de sujets, il faut savoir qu'il n'est pas rare d'en voir avec une marche autrement rapide. Ces taches, qui siégent alors le plus souvent vers la face dorsale, au voisinage de l'un des bords de la langue, viennent très-rapidement à l'ulcération ; et alors les bords seuls restent blanchâtres; le fond devient grisâtre ; le tissu charnu de la langue s'affecte et se creuse; il prend même parfois un aspect granuleux; il figure plus ou moins une ulcération de nature syphilitique.

Les chirurgiens les guérissent en enlevant la partie malade, et il m'est souvent arrivé de les guérir sans opération.

La seconde transformation des taches est l'état *cancroïde*, que l'on guérit par le bistouri, mais qui est sujet à récidive.

Ces deux formes ne se rencontrent jamais dans le psoriasis de la peau.

Mais, dira-t-on, si vous repoussez la dénomination de *psoriasis* pour cette affection, quel nom lui donner? Ma réponse est celle-ci : Je considère ces taches comme une affection spéciale de l'*épithélium*, mais je ne leur ai jamais donné de nom basé sur leur nature, diverse d'ailleurs ; je préfère me borner à dire : *taches blanches épithéliales de la langue*.

Quelle est leur nature? Je l'ignore, mais je serais disposé à les regarder comme un des phénomènes mercuriels consécutifs à des traitements. Il est très-fréquent de les voir chez les individus qui ont fait usage et abus du mercure, surtout du proto-iodure à haute dose. Une coïncidence très-commune les fait se développer chez les fumeurs et ceux surtout qui font abus du tabac, soit en cigare, soit dans la pipe.

L'usage du tabac n'est ici qu'une cause déterminante et accidentelle, le mercure serait la cause principale.

Je ne veux pas dire d'une manière absolue que telle est toujours l'origine du mal ; quelques faits bien observés viendraient me donner un démenti.

J'ai été frappé de la coïncidence de ces taches avec des traitements mercuriels prolongés, et je me borne à signaler ce rapport.

Quoi qu'il en soit, obtenant peu de succès de l'emploi des gargarismes astringents de toute espèce, j'ai cherché à en amener la guérison, en modifiant l'état morbide de l'affection par les caustiques, et je me suis adressé d'abord au caustique de Récamier, le deuto-nitrate acide de mercure, tel qu'il est formulé au Codex, car le proto-nitrate employé dans la préparation se transforme en deuto-nitrate par l'acide nitrique à haute dose dans lequel il est dissous à chaud. Ce caustique, dans cette circonstance comme dans bien d'autres cas, déterminait une inflammation assez vive, en même temps qu'il causait d'assez fortes douleurs; alors, à l'aide des conseils d'un pharmacien dont je ne me rappelle plus le nom, je m'adressai au proto-azotate de mercure addi-

tienné d'une petite quantité d'acide azotique, et préparé de la manière suivante; la formule de ce caustique est celle-ci :

Eau distillée . . . . . 8 gram.
Proto-nitrate de mercure cristallisé. 4 —

Réduisez en poudre le proto-azotate de mercure; faites dissoudre dans de l'eau que l'on porte progressivement jusqu'à la température de l'ébullition, retirez du feu et ajoutez, goutte à goutte, en remuant le mélange.

Acide azotique (1). . . . . 2 gram.

Sans cette précaution de retirer du feu, on transformerait la plus grande partie du proto-azotate en deuto-azotate.

Dans la formule du Codex, l'acide azotique et le proto-azotate de mercure sont à parties égales.

Le mode d'emploi de mon caustique est fort simple: on touche tous les trois ou quatre jours la tache ou les taches avec un pinceau de charpie, et on la touche légèrement. On recommande au malade l'immobilité de la langue pendant deux ou trois minutes, et on le fait se gargariser immédiatement à plusieurs eaux. On voit souvent alors se détacher dans le gargarisme à l'eau simple des débris de l'épiderme qui constituait la tache.

Il suffit, en général, de trois ou quatre applications du caustique, à trois jours d'intervalle, pour faire disparaître les taches.

J'ai traité de la même manière les taches épithéliales ulcérées dont j'ai parlé plus haut. Il est remarquable de voir avec quelle rapidité ces ulcérations se guérissent, mais il faut alors plus de temps et de plus nombreuses applications de caustique; je conseille alors l'usage journalier d'un gargarisme au chlorate de potasse.

Tels sont les quelques renseignemens que j'ai cru devoir donner sur cette affection spéciale et sur son traitement; puissent-ils être utiles dans la pratique médicale.

(*Union médicale.*)

(1) Je publiais cette formule dans mon *Traité des Maladies de la peau*, dès sa première édition, en 1854.

Le révélateur de l'anesthésie. — Dans un rapport lu devant les membres de la Société médicale du comté de Washtenaw (Michigan), « sur l'Histoire de l'Anesthésie » le docteur Edouard-S. Dunster, professeur d'accouchements, à l'Université du Michigan, passe en revue les prétentions des différentes personnes qui revendiquent l'honneur d'avoir découvert l'anesthésie. Voici à quelle conclusion il arrive: 1° Depuis longtemps bien des efforts ont été faits et bien des moyens proposés pour interrompre la sensibilité pendant les opérations chirurgicales. Cependant, jusqu'en 1844, aucun de ces efforts n'avait abouti. 2° Le 11 décembre 1844, le docteur Horace Wells, dentiste d'Hartford (Connecticut), employa le premier l'oxyde nitreux pour extraire les dents sans douleur. Cette expérience, répétée par lui et d'autres démontra que l'oxyde nitreux est un anesthésique. 3° Le docteur Wells communiqua son idée à un grand nombre de ses confrères de Boston, notamment aux docteurs Morton et Jackson, — celui-là son ancien élève et son partner. Une seule expérience publique que tenta Wells pour démontrer le pouvoir insensibilisateur de l'oxyde nitreux, échoua parce que l'inhalation de gaz fut suspendue trop tôt. Wells, sifflé, dut quitter la salle, et beaucoup le traitèrent d'imposteur. 4° A la suite de cet insuccès, Wells, découragé, interrompit pendant quelque temps ses expériences; mais il n'est pas vrai qu'il ait abandonné son idée, il la remit au contraire en pratique pour ses opérations, et parvint même à faire accepter sa méthode à Hartford. 5° Le 30 septembre 1846, le docteur Morton, de Boston, employa pour la première fois la vapeur d'éther sulfurique, pour l'extraction d'une dent, et quelques jours après pour une opération chirurgicale. Quelques mois plus tard, ce procédé était appliqué dans tous les États-Unis et en Europe. 6° Le docteur Charles-T. Jackson, également de Boston, disputa à Morton la paternité de cette découverte, et il paraît que c'est sur l'avis de Jackson que celui-ci employa l'éther pour la pre-

mière fois. 7° En Novembre 1847, le docteur James-Y. Simpson, d'Edimbourg, découvrit les effets anesthésiques du chloroforme. L'idée lui en avait été suggérée par M. Waldie, de Liverpool. Le chloroforme remplaça rapidement l'éther, comme celui-ci avait remplacé l'oxyde nitreux. 8° Depuis on a cherché et trouvé d'autres agents anesthétiques; mais aucun d'eux n'a pris décidément le pas sur les autres. Seul le *bichlorure de methylène*, employé d'abord par le docteur B. W. Richardson, a donné des résultats assez satisfaisants. En somme, ces conclusions se rapportent à celles de feu le docteur Bennett, d'Edimbourg. Le docteur Dunster proteste contre l'inscription gravée sur le monument du docteur Morton dans le cimetière de « Mount Auburn » et qui lui attribue tout l'honneur de l'invention de l'anesthésie. Il ajoute que, quand l'histoire de celle-ci sera complète et impartiale, on fera honneur de cette découverte au docteur Horace Wells, un dentiste obscur dont la mémoire a été négligée, et le nom presque oublié. Le docteur Dunster ne paraît pas avoir lu notre numéro du 29 mai 1875, où nous établissions que la première personne qui ait administré le chloroforme comme insensibilisateur (sous la forme appelée éther chlorique), est Michael Cudmore Furnell, aujourd'hui chirurgien en chef de l'armée de Madras ; ce fut lui qui en suggéra l'emploi à sir W. Lawrence et à M. Holmes Coote à « St-Bartholomew's Hospital » plusieurs mois avant les expériences de Simpson.

Il est important de noter que Wells, Jackson et Morton eurent tous un sort malheureux, Wels revint d'Europe en mars 1847, et affirma ses droits à la paternité exclusive de l'invention, à ce point que sa raison s'en troubla, il mourut soudainement à New-York après certains actes étranges qui l'avaient fait arrêter. Jackson est à l'heure qu'il est privé de raison, probablement sans espoir de guérison. Morton succomba à une attaque d'apoplexie, causée, dit-on, par un écrit qui parut en faveur de Jackson et qui était de nature à entraver une souscription qui s'organisait alors à son profit à New-York.

(*Le cornes dentaire.*)

Amblyopie avec tuméfaction du nerf optique en rapport avec la cessation de la période, par M. Ewers, de Berlin. — La première fois, ce fut l'œil gauche qui fut intéressé à un degré moyen, avec une forte céphalalgie ; une application de camphre amena une amélioration rapide. Plus tard, à une nouvelle cessation des règles, l'œil droit perdit presque complètement la vue, avec forte hypérémie de la papille, dilatation notable des veines, contour indistinct de la papille; en trois jours, guérison complète par une déplétion sanguine et des bains de siége chauds. Les mêmes remèdes suffirent à la cessation menstruelle suivante, pour faire cesser le mal de tête prodromique et la pression orbitale et pour empêcher le retour des troubles de la vision.

L'apomophine comme expectorant, par M. Jurasz (*Centralblatt fuer die Medicin. Wissenschaften*). — L'effet émétique du chlorhydrate d'apomorphine a fait essayer, à la policlinique (clinique ambulante) d'Heidelberg, de l'employer à titre d'expectorant, comme on le fait des autres émétiques, c'est-à-dire à doses réfractées. Ce remède se montra utile à ce titre dans les trachéites et dans les bronchites, tant des grosses que des plus petites bronches. Non-seulement l'expectoration plus facile et plus copieuse, mais encore les râles secs, ronflants et sibilants devinrent humides et diminuèrent de plus en plus.

La formule employée fut :

Pr. Chlorhydrate d'apomorphine 0,01 à 0,03.

Eau distillée, 120,00.

Acide muriatique n° 5.

Sirop simple, 30,00.

A prendre par cuillerées à bouche, de 2 en 2 heures, ce qui donne 0,001 à 0,003 d'apomorphine par dose : l'adjonction d'acide muriatique a pour but d'empêcher la coloration verte que prend fa-

cilement l'apomorphine en solution. Il y a parfois un peu de mal de cœur après la première cuillerée, ce qui rappelle ce qu'on observe avec le tartre stibié et d'autres émétiques à doses réfractées.

Le pétrole serait-il un remède contre la coqueluche ? par M. Weiss, de Minden (*Berliner Klinische Wochenschrift*). — Trois enfants d'une même famille eurent la rougeole, et l'un d'eux fut atteint, peu de temps après, de coqueluche. Au bout de quelques semaines les deux autres la contractèrent également, mais elle se calma rapidement après que ces enfants eurent été mis accidentellement dans des draps de lit qui avaient été nettoyés avec du pétrole pour en expulser les punaises.

Remède contre les brûlures. — Un bon remède contre les brûlures doit isoler complètement la plaie de l'air atmosphérique, en formant par-dessus une pellicule flexible, après une dessiccation rapide. Les préparations employées le plus fréquemment dans ce but jusqu'ici sont : le liniment oléocalcaire, le collodion, la mixture du Buck (mucilage de gomme arabique et de gomme adragante, additionnée de quantité suffisante de mélasse pour avoir la consistance du miel). Rice indique la formule suivante, qui donne un produit remplissant toutes les conditions désirables.

On ramollit dans 1 litre d'eau froide 140 grammes de colle forte claire, brisée en menus morceaux ; on achève ensuite la dissolution au bain-marie, on ajoute 60 grammes de glycérine et 22 grammes d'acide phénique ; puis on continue à évaporer jusqu'à ce qu'il se forme à la surface une pellicule brillante. Par le refroidissement, le mélange se prend en une masse élastique qu'il faut liquéfier par la chaleur lorsqu'on veut s'en servir. On l'applique au moyen d'un large pinceau, et en moins de deux minutes on obtient une couche brillante, flexible et presque transparente.

(*Apotheker Zeitung.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE.

Tisane d'artichaut.

R. Racine d'artichaut (cynara scolymus)	15
Eau	1,500

Ramenez à 1,000 grammes.

Contre les sueurs fétides ; les urines se chargent de l'odeur.

Emplâtre de Thapsia garganica

R. Coloquinte	150
Cire jaune	180
Résine élémi	125
Térébenthine	50
Résine thapsia	25

On fait fondre les trois premières substances, on ajoute les deux autres et on passe à travers un linge.

Sirop pectoral.

Infusé de R. de pavots 10 p. 1000	
Acide phosphorique 30 gouttes	
Sucre, 1 kilog.	
Extrait de belladone	0.10
— de semence de jusquiame	0.50
Chlorhydrate de morphine	0.10
Sirop de tolu	100
Eau de laurier cerise	25
F. S. A.	

Le tout doit peser 1 kilog. 600.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, directeur M. A. Dechambre, membre de l'Académie de médecine, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins, de chirurgiens des hôpitaux civils, militaires et de la marine. Première série, commençant par la lettre A : tome XVIII, deuxième partie ; tome XIX, première et deuxième partie (COE à CON). — Deuxième série commençant par la lettre I, tome X, deuxième partie ; tome XI, première et deuxième parties (MUL à NAV). — Troi-

ième série, commençant par la lettre Q, tome IV, première et deuxième parties (RET à RHU); — Avec figures dans le texte.

Cette œuvre immense avance plus rapidement qu'elle ne l'avait fait jusqu'à ce jour. L'année 1876 en a vu publier huit demi-volumes, un de plus que 1875, et il est probable que l'année 1877 marchera plus vite encore; car on entamera une nouvelle série commençant par la lettre E, ce qui fera quatre séries, en voie de publication, au lieu de trois qui paraissent aujourd'hui simultanément. Cette manière de procéder obvie aux retards qui pourraient résulter de la lenteur du travail des auteurs.

L'article *Cœur*, qui occupait déjà 135 pages dans la première partie du tome XVIII de la première série, en occupe encore près de 300 dans la seconde partie, en tout 432 pages. Il n'existe pas de monographie séparée des maladies de cet organe d'une aussi grande étendue. Les auteurs de la partie pathologique sont MM. Potain et H. Rendu. M. Legouest est l'auteur de la partie chirurgicale; et M. Rollet, enfin, dans un article de trois pages, établit, d'après les auteurs, que le cœur n'échappe pas plus à la syphilis que d'autres organes. Il existe une myocardite gommeuse sur laquelle l'iodure de potassium, l'antigommeux par excellence, aurait prise si la maladie était bien reconnue.

Un des articles les plus importants de cette seconde partie est celui du *Colchique*. L'auteur, M. Delioux de Savignac, a résumé les travaux des contemporains, Fiévée, Garrod, Galtier-Boissière, Watson, etc., sur la valeur antigoutteuse du colchique. Les deux premiers regardent le colchique d'automne comme un spécifique de la goutte, au même titre que le quinquina pour les fièvres. L'expérience a démontré que cette opinion est inadmissible. Galtier-Boissière n'accorde, au colchique, d'action effective que sur l'élément douleur. Il professe, avec Copland, qu'il rend les accès de goutte plus fréquents, sinon d'une manière immédiate, au moins pour l'avenir. Conclusions : *Adhuc sub judice lis est.* Les médecins répugnent en général au colchique; mais les gens du monde l'ont en faveur, persuadés qu'il les dispense qu'ils sont du régime. On sait que le colchique ne doit point être administré seul, et qu'il convient, soit dans la goutte, soit dans le rhumatisme, soit dans d'autres maladies, de lui associer l'opium qui enraye son action éméto-cathartique en doublant son action sédative. Après l'opium, les médicaments qu'il convient de lui associer sont la digitale, l'aconit et la quinine.

La biographie d'un médecin, aujourd'hui bien oublié, Colin Sébastien, médecin au milieu du seizième siècle, donne l'occasion de voir qu'en ce temps-là apothicaires et médecins vivaient un peu comme chien et chat. Ce Colin fut considéré comme l'auteur d'un livre fort curieux portant ce titre : *Déclaration des abuz et tromperies que font les apotiquaires, fort utile et nécessaire à ung chacun studieux et curieux de sa santé*, composé par maistre Lisset Benancio, Tours, 1553, in-8°. On a vu dans ces mots, Lisset Benancio, la décomposition anagrammatique de Sébastien Colin. Cet ouvrage, toutefois, fut attribué à d'autres. Quoi qu'il en soit, ce livre eut un énorme succès. Il fut réimprimé à Lyon en 1557, et traduit en latin à Francfort (1667, 8°). Mais il donna naissance à une réponse signée d'un Pierre Brailler, qui est réellement de Pierre Palissy : *Déclaration des abuz et ignorance des médecins, œuvre très-utile et profitable à un chacun studieux et curieux de sa santé*, composé par Pierre Brailler, marchand apotiquaire à Lyon, pour response contre Lisset Benancio (1er janvier 1557, Lyon in-8°).

Dans la première partie du tome XIX, nous signalerons particulièrement l'article *Colonisation*, par M. Emile Vallin. Il est convenu de dire que nous ne sommes pas un peuple colonisateur, quoique nous ayons eu autrefois une colonie de grand avenir, le Canada, que les vicissitudes de la guerre nous ont fait perdre. La colonie française du Haut-Canada et de l'Acadie ou Nouvelle-Écosse nominalement soumise au sceptre britannique, mais se gouvernant elle-même, fournit une progression de population que rien n'égale ailleurs

et qui rappelle la fécondité des descendants de Jacob en Egypte. Nos colonies des climats intertropicaux n'ont pas prospéré jusqu'ici, parce que nous n'avons pu nous y acclimater; les habitants des parties méridionales de l'Europe peuvent seuls s'acclimater dans ces contrées. C'est ainsi que l'Amérique se trouve partagée entre les races du Nord et celles du Midi de l'Europe et que les races autochthones disparaissent graduellement comme sous le poids d'une condamnation. Les causes multiples de cette disparition sont développées dans l'article de M. Perrin. La conquête de l'Algérie nous a un peu malgré nous rendus les colonisateurs de cette contrée qu'on ne peut ranger parmi les climats torrides et qui nous offre pour cette raison plus de chance de succès. Il est douteux, toutefois, que nous y pussions parvenir si nous n'y étions aidés dans une large part par les Espagnols et les Maltais, dont la mortalité y est bien moindre que celle des Français, que celle particulièrement des Alsaciens-Lorrains que les malheurs de la guerre ont fait émigrer en Afrique. Malgré les lenteurs de la colonisation de l'Algérie, on y observe déjà le même phénomène qu'en Amérique, la diminution graduelle de la population arabe de l'Algérie ou, si l'on veut, son refoulement dans le désert. Il semble que, lorsqu'une race ne sait pas tirer parti d'une terre, la Providence la lui retire et la donne à d'autres. Ces populations maudites méritent leur sort par leur incurie. Elles ne cultivent pas le sol; elles le détériorent et le perdent; elles ne savent même pas conserver les forêts si nécessaires pour le maintien du régime des eaux; elles les brûlent et créent ainsi la stérilité pour des siècles. Ces races paresseuses ou retardataires subiront la grande loi de l'expropriation pour cause d'utilité publique. En Algérie la colonisation s'aidera surtout du reboisement. Bouffarik, qui fut le tombeau de trois générations de colons, n'a dû sa colonisation définitive qu'au platane aujourd'hui si inconsidérément planté dans les rues et les boulevards de Paris. Au platane on a substitué l'*Eucalyptus globulus* qui pousse beaucoup plus vite encore et qui finira par avoir raison de l'hydre paludéenne.

Dans la 2e partie du même tome, M. Rotureau s'est livré à une étude très-intéressante des *conferves* qui vivent dans les eaux thermales à des températures variables et qui dépassent même 60° centigrades. Des algues de ce groupe entrent dans la constitution des barégines, des glairines si abondantes dans certaines sources sulfureuses et dont l'origine, dit l'auteur de l'article, est encore soumise à des discussions qu'une étude physiologique suivie de ces végétaux éclairerait beaucoup plus que de simples analyses chimiques. Les leptomites, les Oscillaires, les Anabaines, les Hygrocrocis, etc., ainsi que les Mérismopédies et quelques autres microphytes élémentaires, qui s'y mêlent, sont étudiés dans ce Dictionnaire d'une manière spéciale, soit aux articles qui traitent de leurs espèces vivant en parasites, soit aux articles Barégine, Glairine, Sulfuraires.

Les conferves sont des adjuvants utiles de la cure par les eaux thermales prises en bains et en douches particulièrement à Néris. Elles s'emploient surtout en friction, rarement en cataplasmes, et exercent une action excitante et résolutive favorable dans l'urticaire chronique, le lichen, le prurigo, dans les éruptions vésiculeuses, *l'acne indurata*; nuisible, au contraire, dans le *psoriasis* et le *lepra vulgaris*. C'est surtout contre les affections des articulations, des muscles, ou contre certaines névralgies, que l'emploi des frictions et des cataplasmes de conferves donne les meilleurs résultats. M. Rotureau signale les hydarthroses, les tumeurs blanches des parties molles, les gonflements suites d'entorses, quelques contractures musculaires, certaines névralgies superficielles d'origine rhumatismale, les engorgements périarticulaires permanents des petites jointures rhumatisées.

Signalons, mais seulement en passant, l'article de M. Lacassagne sur la *Consanguinité*, question très-complexe qu'il nous semble bien difficile à un seul homme de résoudre au double point de vue théo-

logique et médical. Aussi les deux auteurs de l'article Mariage qui ont abordé cette question sont loin d'être d'accord.

Près de quatre cents pages sont consacrées à l'histoire du *tissu cellulaire*; l'anatomie y est traitée par M. Robin, la physiologie par MM. Legros et Onimus; M. Hayem, y traite la pathologie générale et une partie de la pathologie spéciale (myosite; atrophie musculaire; atrophie musculaire progressive). La paralysie pseudo-hypertrophique y est traitée par M. Kelsch, la pathologie chirurgicale par M. Henocque, les maladies syphilitiques par M. Rollet.

L'article *myopie* est dû à la plume de M. Giraud-Teulon. Cet éminent ophthalmologiste blâme le mode *sommaire* de constatation de cette infirmité par les conseils de révision et il croit absolument nécessaire, dans l'état actuel de la science, d'y faire intervenir l'ophthalmoscope.

Nous signalerons dans la deuxième série, tome onzième, l'article *Natalité* par MM. Bertillon et Tourdes, ainsi que ceux qui ont pour titre, *Service naval de santé* par MM. Leroy-Méricourt et Bourel-Roncière, et *Hygiène navale* par M. Fonssagrives. Ces deux articles occupent la moitié d'un volume.

Le tome quatrième de la troisième série contient un article de 200 pages sur la *Rétine*; les parties anatomique et physiologique sont traitées par M. Nuel, la partie pathologique par MM. Warlomont et Duvez. Le second volume du tome IX est presque entièrement rempli par l'histoire du *rhumatisme* due à M. Besnier. C'est un immense travail que les non-souscripteurs au Dictionnaire peuvent se procurer en achetant ce volume à part.

Le Dictionnaire encyclopédique continue de réaliser, même au delà de ce qu'on pouvait attendre, toutes les promesses qu'il avait faites. Qu'on ne s'inquiète pas trop de n'être pas tenu au courant des progrès après l'impression des articles. Chaque tome contient ce complément de découvertes sous le titre d'*addendum* ou d'*addenda*. Dr H. Coin.

L'enseignement de la médecine en Allemagne, par le D. L. Fiaux. — L'ouvrage que vient d'éditer M. Germer-Baillière a été publié, sous forme de lettres, dans la *Gazette des hôpitaux*. L'auteur a pensé que, présentées en un volume, elles offriraient de l'intérêt aux lecteurs qui trouvent de l'attrait dans ce genre d'études.

On trouve, dans cet ouvrage, sur les Facultés de médecine allemandes, une assez grande somme d'informations, de chiffres et de documents. L'auteur a successivement passé en revue les principales Facultés de médecine des Etats du sud et de ceux du nord, faisant entrer, dans cette étude, les Facultés autrichiennes et celles de la Suisse allemande. Il a cru bon de s'étendre sur les points qui lui ont paru les plus importants, et a complété ses propres notes par la lecture des publications ayant trait à son sujet, et par le plus grand nombre de communications qu'il lui a été possible de réunir.

A la fin de l'ouvrage, on trouve un document assez curieux à consulter : c'est un état des étudiants qui ont fréquenté les Facultés de médecine allemandes, autrichiennes et suisses, depuis 1867 jusqu'à 1875.

Relevons donc ce tableau, qui a trait à vingt-huit facultés, celles qui ont compté le plus grand nombre d'élèves, durant le cours de la dernière année :

	Sem. d'été.	Sem. d'hiver.
Berlin.	259	276
Dorpat.	303	237
Greisswald.	217	229
Leipsig.	410	394
Munich.	297	307
Prague.	405	381
Vienne.	859	1116
Wurtsbourg.	522	530
Strasbourg.	199	198

La Faculté la moins suivie est celle de Rostock, qui n'a inscrit que 31 élèves durant le semestre d'été, et 38 dans le semestre d'hiver.

Il était intéressant de relever comparativement le nombre des élèves qui assistent aux cours de nos facultés de méde-

cine. Voici les chiffres qui nous ont été complaisamment fournis au secrétariat de cette école, qui, on va en avoir la preuve, n'a rien perdu, tant s'en faut, de son ancien prestige.

En 1876, les cours d'hiver étaient journellement suivis par 2073 élèves, les cours d'été par 1872.

Cette année même les cours sont suivis par 2414 élèves.

Un appariteur est chargé du pointage qui se fait avec soin à chacun des cours.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 janvier.

Présidence de M. Bouley.

M. le président Bouley présente, au nom de M. le préfet de la Seine et des membres de la commission d'enquête pour l'assainissement de la Seine, trois volumes contenant les travaux de cette commission, ainsi que les documents relatifs à l'opération et à l'utilisation des eaux d'égout.

M. Bouley, à propos de l'accusation portée contre les eaux d'égout d'engendrer et de propager les maladies épidémiques, dit qu'il serait bon cependant de ne pas perdre de vue les faits d'observation suivants, qui lui sont communiqués et affirmés par M. Belgrand :

1° Les ouvriers égoutiers, qui forment une population nombreuse, sont généralement indemnes de maladies épidémiques;

2° Les promenades sur les eaux des égouts de la Seine ont toujours été sans inconvénients pour la santé des promeneurs et des promeneuses;

3° Enfin les nombreux ouvriers employés dans les dépotoirs de Bondy, loin d'être plus sujets que d'autres aux maladies épidémiques, forment, au contraire, une population remarquablement vigoureuse et saine.

Nouveaux forceps. — M. Tarnier présente à l'Académie deux forceps qu'il a fait fabriquer par M. Collin.

Ces instruments ont sur le forceps ordinaire les trois avantages suivants :

1° De permettre à l'opérateur de pouvoir toujours tirer suivant l'axe du bassin, même lorsque la tête fœtale est arrêtée au niveau du détroit supérieur, et par conséquent d'épargner aux tissus maternels les compressions inutiles et dangereuses qu'ils subissent avec le forceps ordinaire.

2° De laisser à la tête du fœtus une mobilité suffisante pour qu'elle puisse suivre la courbure de la filière pelvienne presque aussi librement que dans un accouchement naturel.

3° De présenter une aiguille indicatrice qui fonctionne automatiquement et montre à l'accoucheur dans quel sens il doit diriger ses tractions pour qu'elles soient irréprochables.

Séance du 31 janvier 1877.

Présidence de M. Bouley.

Déformation du bassin due au mal de Pott. — M. Guérin, revenant sur les observations qu'il avait présentées dans la dernière séance sur le rapport de M. Depaul et le travail de M. Hengott, met sous les yeux de l'Académie une série de planches représentant les déformations du bassin et de la colonne lombaire qu'il a observées dans le mal de Pott. Ces planches sont déjà anciennes et elles montrent combien variées peuvent être les altérations de forme dépendant de la carie ou de tuberculose.

M. Jules Guérin ajoute que l'ensemble

de ces faits constitue un genre d'altération comprenant, comme espèces ou variétés, les exemples dont il a été question dans le travail de M. Hergott et dans le rapport de M. Depaul. Il y a déjà quarante ans que M. Jules Guérin a décrit ces faits pour la première fois, et il a été agréablement surpris de voir que, dans un travail beaucoup plus récent, signalé par M. Depaul, dans la thèse de M. Chantreul, ses idées étaient adoptées et reproduites dans les termes à peu de chose près équivalents.

M. Depaul répond que M. Jules Guérin et lui ne parlant pas une même langue, il est difficile de s'entendre. M. Jules Guérin parle anatomie pathologique générale et M. Depaul obstétrique tout simplement. Pour ce dernier, les altérations de la colonne vertébrale ne sont intéressantes qu'autant qu'elles peuvent mettre obstacle à la parturition. Ce qu'il recherche dans les observations, c'est la diminution des différents diamètres de la cavité pelvienne et des détroits. M. Jules Guérin, au contraire, néglige ce côté de la question.

Séance du 6 février 1877.

Présidence de M. Bouley.

Sur les mouvements de flexion et d'inclinaison de la colonne vertébrale, M. Jules Guérin lit, sous ce titre, la deuxième partie de son mémoire.

Dans la première partie de ce travail, (1) l'auteur avait fait connaître trois centres de mouvements de flexion et d'inclinaison latérales à l'union de la région cervicale avec la région dorsale, à l'union de la région dorsale avec la région lombaire, et à l'union de la région lombaire avec le sacrum.

Ces centres de mouvements latéraux, établis d'après des expériences physiologiques sur le vivant, sont confirmés par des dispositions articulaires spéciales, dans lesquelles les facettes articulaires des vertèbres sont dirigées tout à fait dans le plan transversal : telles sont les articulations de la septième cervicale avec la première dorsale; de la onzième vertèbre dorsale avec la douzième; de la cinquième lombaire avec le sacrum. Chacune de ces articulations contrastant avec celles qui les précèdent et les suivent, offrent cette particularité que chacune d'elles repose sur une partie fixe, lui servant de base, c'est-à-dire ne participant point au mouvement de l'articulation placée au-dessus, d'où cette disposition générale que les vertèbres de chacune des régions de la colonne placée entre les trois centres d'inclinaison, participent d'une manière décroissante, et en sens inverse, aux particularités articulaires des articulations spéciales ou centres d'inclinaison. Ainsi, au-dessus de l'articulation de la septième cervicale avec la première dorsale; de la onzième dorsale avec la douzième et de la dernière lombaire avec le sacrum, les vertèbres superposées présentent des amoindrissements gradués de la disposition articulaire. La dégradation inverse a lieu au-dessus.

M. J. Guérin termine par l'examen très-détaillé de l'articulation occipito-atloïdienne, en vue de rechercher et de préciser les dispositions spéciales des surfaces articulaires se rapportent aux mouvements d'*inclinaison* et de *circumduction* attribués à cette articulation. Il fait voir que ces surfaces décrites et figurées, comme elles l'ont été jusqu'ici, rendent absolument impossibles les mouvements dont elles sont le siége.

Le mouvement d'inclinaison latérale de la tête sur la colonne n'est possible qu'à la condition que les deux articulations occipito-atloïdiennes séparées par le canal rachidien et les arcs vertébraux soient inclinées de façon à former, par le prolongement de leurs surfaces, une même surface circulaire, qu'elles décrivent un même arc de cercle. Cette disposition méconnue, mais existant réellement, rend seule possible le mouvement d'inclinaison latérale occipito-atloïdienne. Chez l'homme, elle n'offre qu'une différence de degré d'avec ce qu'elle est chez l'oiseau.

(1) Numéro du 15 octobre 1876, page 555.

Chez l'oiseau, l'articulation occipito-atloïdienne est simple; elle consiste en une saillie hémisphérique reçue dans une cavité hémisphérique. L'articulation décrit donc des arcs de cercle d'un très-petit rayon de courbure; tandis que, chez l'homme, la courbe décrite par l'inclinaison occipito-atloïdienne est d'un très-grand rayon. Par conséquent, chez l'oiseau, inclinaison latérale considérable; chez l'homme, inclinaison très-réduite.

Dans la prochaine séance M. J. Guérin traitera des agents musculaires qui desservent le mouvement de latéralité de la colonne.

De l'ulcération diphthéroïde dans la coqueluche, de sa fréquence, de sa valeur, et de ses rapports avec la maladie. Note du Dr Delthil de Nogent.

L'auteur présente un tableau de 27 observations, dont il tire les conclusions suivantes :

1° Cette ulcération, appelée sublinguale dans les ouvrages qui la signalent, est improprement nommée, puisque son siége varie; il l'a trouvée sur le frein, le plancher de la bouche, la lèvre inférieure, etc.

2° Elle est décrite comme produite par le frottement de la langue sur les éminences des dents pendant les quintes. M. Delthil l'a observée deux fois avant l'apparition des dents; il l'a trouvée à tout âge, enfants ou adultes.

3° Elle précède les quintes férines; elle apparaît avec la fièvre et les vomituritions; elle disparaît en quatre, huit et seize jours, entraînant la fièvre; mais les quintes et les vomituritions persistent alors qu'elle est effacée.

4° On la trouve du douzième au quinzième jour, à partir du contact suspect.

5° Elle laisse des cicatrices.

6° Plus fréquente qu'on ne l'a signalée, elle semble en rapport, par son étendue, sa durée et sa profondeur, avec la gravité de l'affection.

Pour l'auteur, son évolution présente une analogie avec les affections exanthémateuses, et ce fait rapproché : 1° des altérations des ganglions bronchiques; 2° des crevasses signalées dans les bronches, lui font dire que peut-être l'hypertrophie ganglionnaire n'est que l'expression d'une lésion primitive (crevasses). Le crachat puriforme serait, pour lui, la sécrétion des ulcérations.

En un mot, il considère l'ulcération comme le phénomène apparent d'une affection spécifique, et la crevasse comme l'épine déterminant l'hypertrophie ganglionnaire.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour trois places de médecin au bureau central s'ouvrira le lundi 26 mars 1877, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert du jeudi 22 février au samedi 10 mars, à trois heures.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel en date du 11 janvier 1877, le personnel de la Bibliothèque de la Faculté de médecine est ainsi organisé :

Bibliothécaire en chef : M. le Dr Chéreau, membre de l'Académie de médecine, en remplacement de M. Raige-Delorme, nommé bibliothécaire honoraire.

Bibliothécaires adjoints : MM. les Drs Corlieu et Hahn.

Sous-bibliothécaires : MM. les Drs Petit et Thomas.

Surveillant général : M. de la Martinière.

***

Corps de santé militaire. — A la suite de l'examen qui a eu lieu pendant les inspections médicales, ont été désignés au choix du ministre, comme aptes aux emplois du service hospitalier, les médecins-majors dont les noms suivent;

Médecins : Cros; Bablon; Challan; Boulay et Flament; *Chirurgiens* Aussequin; Fournier; Duchemin; Bedoin et Deramay.

***

Institut de France. — La commission chargée de l'examen du concours pour le prix de 50,000 francs, créé le 28 mars 1866, en faveur de l'auteur des applications les plus utiles de la pile de Volta, est composée ainsi qu'il suit :

Président, M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

MM. Becquerel, Berthelot, H. Sainte-Claire-Deville et Jamin (généralités et applications chimiques). — MM. Reynaud, Fremy et Rolland (lumière et chaleur). — MM. Paris, Morin, Hervé-Mangon et Rolland (mécanique). — MM. Vulpian, Cl. Bernard, Becquerel et Jamin (médecine et physiologie). — MM. Morin, Hervé-Mangon, Berthelot, Rolland et Jamin (télégraphie). — MM. Morin, Hervé-Mangon, Frémy, H. Sainte-Claire-Deville et Jamin (galvanoplastie et préservation des navires).

***

Distinctions honorifiques. — Par différents décrets du président de la République, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le docteur Maure, médecin à Nice, officier depuis le 14 août 1867.

Au grade d'officier : MM. Orillard, maire de Poitiers, chevalier depuis 1866; 39 ans de services, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers depuis 1866, et directeur de l'École. Médecin de la Société de secours mutuels depuis 30 ans. — Bagnol, L. J. médecin major de 1re classe; 29 ans de services, 10 campagnes. — Ricublant F. A. médecin major de 1re classe; 33 ans de services, 14 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Félizet, docteur médecin (services exceptionnels). — Le docteur Bau, maire de Melun (Seine-et-Marne). — Breton Ern. médecin major de 2e classe; 19 ans de services, 5 campagnes. — Bourneria (François) médecin major de 2e classe; 29 ans de services, 3 campagnes. — Mutin (Pierre), médecin major de 2e classe; 20 ans de services, 7 campagnes. — Pons (J. V. M.), pharmacien major de 2e classe; 21 ans de services, 13 campagnes.

Notre honorable et excellent confrère, M. le docteur Chambard, vient d'être nommé officier d'académie.

***

Cas fort curieux de contagion par le lait. — Les journaux médicaux anglais rapportent un cas de contagion par le lait. Un fermier du village de Blacke fournissait du lait à environ cinquante familles dans le district de Barowford. La fièvre typhoïde éclata dans sa maison sans qu'il en prévînt les médecins inspecteurs de son district; il continua donc à servir ses clients, et il se trouve maintenant qu'il y a dans le district cinquante et une personnes atteintes de la fièvre typhoïde, qui toutes font partie de la clientèle du fermier. Des mesures ont été prises pour éviter l'extension du mal; heureusement du reste la plupart des cas signalés sont d'une bonne nature.

***

Traitement de l'encéphalite aiguë chez les chevaux. — Le vétérinaire Johne attribue ses nombreux succès, dans cette maladie, aux frictions révulsives composées d'huile de croton, d'essence de térébenthine et d'huile de navet, qu'il fait pratiquer loin du siége de la maladie, à la base de l'encolure, à l'abdomen et aux faces internes des cuisses. Johne ne néglige pas les applications de glace sur la tête.

Statistique. — Le chloroforme : en 1855, la Pharmacie centrale a distribué 144 kilogr. agent anesthésique ; en 1875, 308 kilogr

Le chloral suit une progression plus rapide encore. En 1869, on n'en demandait que 5 kilogr. ; en 1875, on en a consommé 360 kilogr. 1/2.

L'iodoforme, de 250 grammes en 1855, s'élève à plus de 28 kilogr. en 1875.

Au bromure de potassium le plus grand succès ; sa consommation s'est élevée d'un peu plus de 3 kilogr. en 1855 ; à près de 800 kilogr. en 1875.

Quant à l'emploi de l'opium, de 1855 à 1875, il n'a subi que des variations insignifiantes.

Il n'en est pas de même de la morphine, — sans doute à cause de l'emploi généralisé des injections hypodermiques, — car, de 275 grammes en 1255, son emploi s'est élevé, en 1875, au chiffre énorme de plus de 10,000 kilogr.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population*, 1,851,792.) *Du 18 au 25 janvier*, on a constaté 988 décès, savoir : variole, 10; rougeole, 15 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 30 ; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 53; pneumonie, 59; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 3; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 34 ; croup, 35; affections puerpérales, 3; autres affections aiguës, 244; affections chroniques, 436 (dont 168 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 47; causes accidentelles, 13.

Du 25 janvier au 1er février, 1,059 décès ainsi répartis : variole, 8; rougeole, 16; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 37 ; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 52; pneumonie, 80; dysentérie, 4; diarrhée cholériforme des enfants, 0 ; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 26; croup. 37; affections puerpérales, 14 ; affections aiguës, 285 ; affections chroniques, 437 (dont 177 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 41 ; causes accidentelles, 20.

Du 1er au 8 février, 944 décès ainsi répartis : variole, 4; rougeole, 5; scarlatine, 20; fièvre typhoïde, 38; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 43; pneumonie, 69 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 5, choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 18; croup, 27; affections puerpérales, 10; affections aiguës, 250, affections chroniques, 405 (dont 166 dus à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 38; causes accidentelles, 25.

***

Nécrologie. — Le Dr Lestibondois membre de la Société de médecine du Nord, ancien député, ancien conseiller d'Etat, commandeur de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans.

Le Dr Blondlot, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

Le Dr Gustave Beauvais, de Paris, mort à la suite d'une fièvre typhoïde.

Le Dr Lelut, membre de l'académie des sciences morales et politiques, de l'Académie de médecine et officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Gy (Haute-Saône).

Lubanski, docteur en médecine, reçu en 1837, est décédé à Nice.

Dumetz, docteur en médecine, reçu en 1833, est décédé à Bailleul (Nord).

Le Dr Hellis (Eug. Clém.), reçu en juin 1816, né le 8 mars 1794, à Rouen. Hellis exerçait dans sa ville natale, il était le doyen du corps médical de cette ville.

On nous annonce la mort du Dr Bally, de Verrens-Arvey, près de Grésy-sur-Isère (Savoie), praticien aussi estimé de ses confrères qu'aimé de ses nombreux clients.

Le Dr Martin, ancien interne de l'asile d'aliénés de Brassons, vient de mourir à Albertville, où il s'était fixé depuis peu de temps.

VARIÉTÉS.

Voyage au pôle nord (1).

Scorbut et jus de citron.

Comme nous y engage notre distingué collaborateur, M. de Fonvielle, nous examinerons, au double point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique, l'influence du *lime juice* dans toutes les affections scorbutiques.

Selon notre savant confrère, le Dr Winter Blyth (2), c'est à John Woodfall, maître en chirurgie vers 1617, que serait due cette importante découverte de l'action préservatrice et curative du jus de citron dans le scorbut; mais, chose bizarre à constater, un fait aussi important fut méconnu et oublié pendant plus d'un siècle.

En 1770 J. Lind le fit renaître, et en vulgarise l'emploi; mais après lui, et pendant un nouveau quart de siècle, le jus de citron fut délaissé. C'est seulement à partir de 1796 que son usage régulier a été adopté et imposé sans conteste, aussi bien dans la marine royale que dans la marine marchande.

« Le *lime juice* est à la fois un médicament et un aliment, grâce à sa composition complexe. Indépendamment d'une certaine quantité d'alcool (1/10e environ) il contient de l'albumine végétale, des débris celluleux et de l'huile essentielle provenant de l'écorce du fruit. Son action dans le scorbut est des plus incontestables, et c'est à M. le Dr Gallerand que revient le mérite de l'avoir préconisé dans la marine française.

En croisière dans la mer Blanche, sur la *Cléopâtre*, M. Gallerand apprit, de son collègue de la frégate anglaise, le *Meander*, que depuis un demi-siècle les ordonnances de l'amirauté prescrivent d'embarquer sur tous les navires en partance une quantité de jus de citron assez considérable pour en faire chaque jour une distribution à tout l'équipage.

Éclairé sur le mode l'administration du préservatif si vanté, le médecin de la *Cléopâtre* le distribua à tous les malades du bord.

« Le résultat dépassa mon attente, écrivait-il dans son rapport au ministre; il est bien rare que la thérapeutique puisse enregistrer un succès aussi évident; au bout d'un mois, les hommes qui étaient dans un état de santé pitoyable se trouvaient guéris et reprenaient leur service. »

Pour en revenir à l'expédition de l'*Alert* et du *Discovery*, l'explosion de cette épidémie de scorbut fut une surprise. On ne comptait guère avec cette terrible maladie, quoique les approvisionnements en *lime juice* eussent été assez considérables pour que les navires aient pu en débarquer une provision notable, à leur retour en Angleterre.

Mais, dans les expéditions les plus récentes, le scorbut avait paru peu redoutable. Dans celle commandée par Mac Clure, le premier cas de scorbut n'apparut qu'après trois ans d'absence. Dans celle de Kane, trois hommes moururent dans l'espace de deux années, quoique l'équipage n'ait eu pour nourriture que de la viande salée et quelques légumes. Il est vrai qu'elle hiverna par le 79e parallèle.

Le froid et surtout l'obscurité ont joué

(1) Suite. Voir le numéro du 1er février.
(2) Dictionnaire of public Health. Londres, 1876.

ici un rôle considérable. L'*Alert* a hiverné par 82°, 5' le *Discovery* par 81°7' et les hommes expédiés vers le pôle ont parcouru en traîneau, au prix de fatigues inouïes, une distance évaluée à 73 milles en ligne droite, ce qui donnait 276 milles pour l'aller et 245 milles pour le retour. Ce voyage s'effectuait en 82 et 83° 20' 26" de latitude, point extrême atteint par l'expédition polaire. Les températures relevées pendant le dernier hivernage ont été de — 59° centigrades à bord de l'*Alert*, et — 57° à bord du *Discovery*. L'*Etoile polaire*, en 1850, n'avait pas observé de température inférieure à — 56°,8, et le Dr Kane signale comme la plus basse température observée par lui celle de 51°. Le *Discovery* subit pendant sept jours consécutifs celle de — 51°,5; l'*Alert* celle de — 51° pendant treize jours, et celle de — 55° pendant cinq jours.

Les équipages avaient été triés dans l'élite de la marine anglaise; mais l'installation intérieure des navires était, sous de certains rapports, inférieure à celle de certaines explorations précédentes. Sur l'*Assistance* et le *Résolute*, en 1850-51, des appareils de chauffage distribuaient de l'air chaud dans les cabines et le faux-pont. Le calorifère était placé sous le pont du compartiment occupé par l'équipage, et l'espace environnant servait de séchoir, de salle de bains et de brasserie. Les capitaines Austin et Kellett avaient eu à se louer de ces dispositions, qui manquaient à bord de l'*Alert* et du *Discovery*.

On assure que la gaieté n'a jamais fait défaut à bord; les vivres frais n'ont pas absolument manqué non plus, sur les navires, du moins; cependant l'état sanitaire laissait à désirer au départ des traîneaux, puisque le capitaine Narès « croit devoir conclure aujourd'hui que l'épidémie était imminente et que les fatigues des équipages de traîneaux ne firent qu'en déterminer l'explosion. »

Ces expéditions en traîneaux formaient trois groupes. Celle que l'on dirigea vers le nord, sous le commandement de Markham, fut la plus éprouvée. Des 17 hommes qui la composaient, les deux officiers seuls restaient valides au retour. On ne put atteindre l'*Alert*, quoique les officiers se fussent attelés aux traîneaux; Parr, second de l'expédition, dut parcourir seul, en vingt-quatre heures de marche, la distance qui le séparait du navire, afin de chercher du secours. On avait perdu un homme du scorbut. C'était le second décès depuis le départ d'Europe. Le danois Petersen avait déjà succombé aux suites d'une double amputation nécessitée par la congélation des pieds.

L'expédition, dirigée vers l'ouest, sous les ordres du lieutenant Aldrich, ne perdit aucun homme; mais l'officier seul fut préservé du scorbut.

Dans celle qui fut dirigée vers l'Est pour explorer les côtes du Groënland, sous les ordres du lieutenant Beaumont, on perdit deux hommes du scorbut.

Tout l'équipage des deux navires y passa au retour des traîneaux. Le 9 juillet 1875, quinze jours après l'arrivée du dernier traîneau, 36 hommes étaient guéris, 24 restaient en traitement.

On put donc arrêter les progrès de l'épidémie « avec les moyens du bord », et le jus de citron ne manquait pas. On ne s'explique pas que les équipages des traîneaux n'en aient pas été approvisionnés. Le capitaine Narès a soin de faire remarquer que l'épidémie n'a pas nui à l'opération; que l'expédition vers le nord a tenu à honneur d'épuiser ses vivres avant de revenir; que le scorbut, en ralentissant le travail, n'a fait qu'abréger de dix ou vingt milles la distance parcourue; qu'enfin une nouvelle exploration dans la saison suivante n'eût pas augmenté de beaucoup le champ des conquêtes polaires; mais il n'en est pas moins vrai que son retour a été nécessité par l'état sanitaire des équipages, et qu'une négligence de la nature de celle que lui reproche la presse anglaise (1) serait hautement blâmable après l'expérience aussi chèrement acquise par ses devanciers. (*Journal d'hygiène*).

(1) Voir *The Lancet*, *Public Health* et *sanitary* Record.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Librairie P. Asselin. Place de l'École de Médecine.

Traité de thérapeutique et de matière médicale, par MM. Trousseau et Pidoux. 9e édition considérablement augmentée, avec la collaboration de M. Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. Deux très-forts volumes grand in-8, ensemble de 2,350 pages. Prix. . . . . 28 fr.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par le docteur A. Becquerel, 6e édition avec additions et bibliographies, par MM. les docteurs Beaugrand et Hahn, 1 très-fort vol. grand in-18 de près de 1,000 pages. Prix. . 10 fr.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, publié en 3 séries paraissant simultanément par demi-volumes au prix de 6 francs chacun.

Il vient de paraître aux Librairies G. Masson, rue Hautefeuille 10, et P. Asselin, place de l'École de Médecine, le 2e demi-volume du tome XIX de la 1re série commençant par la lettre A, le 2e demi-volume du tome IV de la 3e série commençant par la lettre O.

Les principaux articles contenus dans ces 2 demi-volumes sont les suivants : Condylomes; Congélation; Congestion; Conjonctive; Consanguinité; Constipation; Constitutions médicales et Rhumatisme.

Librairie Germer Baillière et Cie, Place de l'Odéon, 8.

L'Enseignement de la médecine en Allemagne par le Dr Louis Flaux, lauréat de la faculté de médecine de Paris; 1 vol. in-8°, suivi d'un plan d'institut. . . . . 5 fr.

Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

De la symétrie dans les affections de la peau. Etude physiologique et clinique sur la solidarité des régions homologues et des organes pairs par le docteur Léo Testut, 1 vol. in-8°. . 7 fr.

La spermatorrhée, par le Dr Pouillet, 1 vol. in-8°. . . . . 3 fr. 50.

De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac, par le Dr Affre, in-8°. . . . . 3 fr.

Etude sur la fièvre typhoïde à rechute, par le Dr Guyard, in-8°. . . 3 fr.

Du drainage de l'œil au point de vue de la physiologie et de la thérapeutique oculaires, par le docteur Grizou, in-8° avec 8 planches. . . . . 3 fr.

De la réfraction oculaire et de l'anisométropie, par le Dr Gard, in-8° avec fig. dans le texte. . . . . 3 fr.

Etude sur les déviations de l'utérus, à l'état de vacuité, par le Dr Lacroix, in-8°. . . . . 2 fr. 50.

Des différents procédés de trachéotomie dans le croup et plus particulièrement de la trachéotomie en un seul temps par le docteur Boissier, in-8°, avec 11 figures intercalées dans le texte. . . . . 2 fr. 50.

De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan, par le Dr Miot, 1 vol. in-8° avec 11 figures intercalées dans le texte. Prix. 2 fr. 50.

Recherches sur la question de l'innocuité du lait provenant de nourrices syphilitiques, par le Dr Gallois, in-8°. . . . . 2 fr.

De la vitalité des races du nord dans les pays chauds exempts d'impaludisme, par le Dr Bertholon, in-8°. . 2 fr.

Essai sur le morphinisme aigu et chronique. Etude expérimentale et clinique sur l'action physiologique de la morphine, par le Dr Calvet, in 8°. 2 fr.

De la dilatation rapide des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Bos, in-8°, avec une planche. . . . 3 fr.

De l'Iritomie, par le Dr Michelon, in-8° avec 11 figures intercalées dans le texte. . . . . 2 fr.

Le Rédacteur en chef, gérant,
Dr HAMON (DE FRESNAY).

Paris.—Imp. de E. Donnaud, r. Cassette, 9.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 5. — 1er MARS 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HOPITAUX.

HOPITAL NECKER.

Leçon clinique de M. le professeur HARDY.

Rhumatisme polyarticulaire; péricardite; myocardite. — *Sphygmographe; polygraphe; tracés sphygmographiques.* — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Le jeune homme qui fait l'objet de la leçon clinique de M. Hardy est âgé de vingt-cinq ans, et a toujours joui, jusqu'ici, d'une bonne santé. Il est commis de magasin. Il couchait, lui cinquième, dans une chambre où il faisait très-chaud pendant la nuit. Pour donner un peu de fraîcheur, ces jeunes gens avaient pris l'habitude de laisser portes et fenêtres ouvertes. Delà des courants d'air, qui, l'été, occasionnent si fréquemment des maladies inflammatoires du côté des yeux, des plèvres, des poumons, du cœur, etc. Un matin, notre jeune homme s'est réveillé avec des douleurs vagues aux genoux, aux cous-de-pied, sans autres malaises. Durant la semaine, il a continué son travail. Le dimanche, il a été à la campagne. Le lendemain il n'a pu se lever. Il éprouvait des douleurs vives aux genoux, aux cous-de-pied. Il éprouvait de la céphalalgie, et était très-altéré. Le mardi, son état n'avait fait que s'aggraver. Le mercredi, c'est-à dire il y a de cela trois jours, il dû entrer à l'hôpital.

Avant-hier, on a noté chez lui les particularités suivantes :

Douleurs très-vives dans les articulations des genoux et des cous-de-pied. Les régions articulaires ne sont le siége d'aucune tuméfaction notable. Ces mouvements sont très-douloureux du côté des épaules, des coudes et des poignets.

Sur les parois antérieures de l'abdomen et des cuisses se remarquent une vingtaine de petites tâches irrégulières, de 0,01 à 0,015 d'étendue, disséminées, et d'une coloration bleuâtre ou ardoisée.

A la peau, la chaleur paraît considérable. La température rectale s'élève à 41°6.

Le pouls fort, énergique et très-irrégulier est à 116.

Rien du côté des plèvres ni des poumons. Anxiété précordiale marquée. Dyspnée ; 41 respirations par minute.

Douleurs très-vives à l'hypogastre, sous l'influence de la pression.

Matité augmentée à la région précordiale, où se limite un cône tronqué, mesurant 0,11 de haut en bas, 0,04 à sa partie supérieure, 0,07 à sa base.

Battements doubles du cœur, perceptibles à la simple vue, traduisant les contractions et des oreillettes et des ventricules.

A l'auscultation, voici ce que l'on entendit hier du côté du cœur. A la base, bruits normaux, mais accompagnés d'un peu de frottement, qui n'avait point son siége du côté des valvules, car il ne se propageait pas à l'extérieur de l'organe. La

veille, au dire de l'interne, ce même bruit était perçu dans toute l'étendue de la région du cœur. Aujourd'hui il a presque disparu, et il faut ausculter avec attention pour en constater les traces.

A la partie inférieure de la région précordiale, on trouvait une matité plus étendue qu'à l'état normal. Sur ce point, les battements de l'organe étaient manifestement affaiblis, et moins retentissants qu'en haut.

Tous ces symptômes sont aujourd'hui modifiés. Le pouls de 116 est tombé à 72. Il est devenu régulier. La température de 41° 6. est descendue à 39° 8. La matité précordiale a diminué d'étendue.

De ce cortége symptomatique, il s'agit maintenant de déduire le diagnostic de l'affection.

Un premier fait se dégage de l'examen le plus superficiel du malade. Il est atteint d'un *rhumatisme polyarticulaire*. De plus, l'inflammation s'étend aux poignets vers les *gaînes des tendons*, ainsi que le traduisent des traînées rouges et douloureuses remontant vers les avant-bras.

Nous trouvons, de plus, un *rhumatisme musculaire*, car les douleurs ont aussi gagné la continuité des membres. Ces douleurs musculaires rappellent celles qui sont en rapport avec l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes, et qu'on observe dans la méningite rachidienne.

Un fait, cependant, domine la scène; c'est la fièvre qui semble excessive (41° 6) par rapport à un rhumatisme articulaire par lui-même si peu accentué. Il ne saurait exister de doute à cet endroit. Il y a autre chose, chez ce jeune homme, qu'un simple rhumatisme articulaire. Examinons donc les autres organes.

Trouverons-nous un indice quelconque dans les *taches ardoisées* dont nous avons plus haut signalé l'existence, en nombre peu ordinaire? C'est un signe qui, par lui-même, n'a aucune valeur séméiologique, car on le retrouve dans la fièvre synoque, l'embarras gastrique, le premier septénaire de la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, etc. C'est un *phénomène de vascularisation capillaire*, propre à l'état fébrile, sans aucune valeur pathologique. Donc, rien de ce côté pour éclairer le diagnostic. Voyons s'il n'existerait pas quelque complication viscérale.

Il convient tout d'abord d'élaguer la plèvre et les poumons, car, de ce côté, on ne relève rien d'anormal.

On est naturellement conduit à explorer le cœur, car c'est de ce côté que se produisent le plus ordinairement les complications liées au rhumatisme articulaire aigu.

Deux choses étaient surtout de nature à fixer l'attention au moment de l'entrée du malade à l'hôpital : l'intensité des battements du cœur, rendant perceptibles à l'œil les contractions des oreillettes et des ventricules; la matité précordiale, étendue et d'une forme toute spéciale. Dans l'état normal, le cône cardiaque a sa base en haut. Dans le cas actuel, cette même base était, et est encore en bas.

A l'auscultation, on avait perçu tout d'abord, à la partie supérieure, un bruit de frottement, résultant de la collision des deux feuillets du péricarde, rendus rugueux par des concrétions fibrineuses. A la partie inférieure, au contraire, on constatait un affaiblissement des bruits cardiaques. Cette obscurité des signes stéthoscopiques, à ce dernier point, devait tenir à la présence d'un liquide colligé, à la partie inférieure du péricarde, ce qui rendait un compte suffisant de l'élargissement de la base du cône cardiaque.

Ce n'est pas tout.

Hier, le malade éprouvait de la douleur au moment de la déglutition. Il y avait de la *dysphagie*, indépendante de toute lésion de l'isthme du gosier ni de l'œsophage.

A tous ces signes, se décèle de la façon la plus nette une *inflammation du péricarde*.

La péricardite a peu de symptômes qui lui soient propres. Il est, toutefois, quelques signes physiques très précieux pour en établir le diagnostic.

En premier lieu, il faut citer cette *douleur épigastrique* développée par la pression, sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention. Le péricarde, ainsi que toutes les membranes séreuses, est lie-

sensible quand il est enflammé. Cette douleur, cependant, ne se peut traduire que d'une certaine façon, car le cœur et son enveloppe sont protégés par la cage thoracique, qui leur constitue une véritable cuirasse protectrice. *Pour développer cette douleur*, il n'est qu'un moyen : c'est *de presser la région épigastrique*. Par un tel mode d'exploration, on agit médiatement sur l'organe malade. Chez ce jeune homme, la douleur ainsi provoquée est très-intense et caractéristique. Nous signalons spécialement à l'attention ce symptôme qui n'est pas classique : c'est à peine s'il a été signalé jusqu'ici.

Nous en dirons autant d'un symptôme de même ordre qui, toutefois, a été mentionné par les auteurs. Nous voulons parler de la *dysphagie*. Les liquides ingérés, par leur température et leur action mécanique, déterminent une double action sur le péricarde enflammé.

Ici, nous avons donc une péricardite sèche en haut, avec épanchement à la base. On perçoit les battements du cœur, dont la pointe correspond sur la limite de la matité inférieure. Donc l'épanchement est peu abondant. Avec un peu plus de liquide, la pointe viendrait frapper un peu en deçà de la limite de la matité. Si, enfin, la collection était très-abondante, on ne percevrait plus à l'œil les pulsations, qu'il deviendrait de plus en plus difficile de constater à l'oreille, en raison des proportions du liquide épanché.

Un phénomène particulier, propre à la péricardite à son début, c'est l'*irrégularité du pouls*.

Le *sphygmographe* a permis d'étudier avec précision ce symptôme caractéristique.

Comme un certain nombre de nos confrères de province ne connaissent guère que de nom ce précieux agent d'exploration, nous en rappellerons, en quelques mots, le mécanisme et l'objet.

Nous avons vu fonctionner deux appareils : celui de M. Marey et celui de MM. Meurice et Mathieu. Nous ne croyons pas superflu, à une époque où les appareils de précision jouent un si grand rôle dans les études médicales, d'arrêter quelques instants, sur l'un et l'autre de ces instruments, l'attention de nos lecteurs.

Occupons-nous d'abord du sphygmographe de M. Marey.

Deux tiges transversales, servant de point d'appui aux diverses parties de l'appareil, supportent un levier, dont une des extrémités, aplatie, repose sur l'artère, qui le soulève à chaque pulsation. L'autre extrémité de ce levier, faisant suite à la première, très-longue, est terminée par une pointe recourbée en dehors, laquelle pointe doit retracer, par un trait blanc, sur un papier noirci, disposé contre elle, à cet effet. La façon dont se comporte l'artère, au moment où elle est distendue par l'ondée sanguine (ligne ascendante du tracé), puis, quand ses parois reviennent sur elles-mêmes, par le fait de la systole artérielle (ligne descendante).

Pendant que l'aiguille enregistreuse exécute un mouvement alternatif de bas en haut et de haut en bas, un mouvement de pendule, fixé à l'extrémité supérieure ou opposée de l'instrument, pousse, du côté du poignet, le papier noirci, sur lequel la pointe de l'aiguille marque un tracé blanc.

Rien de plus aisé que de faire fonctionner ce petit appareil.

On cherche le siége où bat la radiale. Pour placer plus sûrement le levier, on peut marquer ce siége par un point d'encre. C'est sur ce point que l'on applique la partie de l'instrument correspondant à la partie élargie du levier, opposée à l'aiguille. Pour fixer l'appareil, on n'a qu'à enrouler des demi-circulaires sur la région postérieure de l'avant-bras, à l'aide d'un cordonnet que l'on conduit, tour à tour, vers une série de petits pitons disposés, à cet effet, sur les côtés des tiges transversales dont nous avons parlé, et qui, avons-nous dit, servent de support à tout le mécanisme de cet ingénieux instrument.

L'appareil de MM. Meurice et Mathieu, dont nous reproduisons le dessin, nous semble présenter des avantages marqués sur celui qui précède.

Et d'abord, son prix est sensiblement moins élevé. Il n'est que de 100 fr.

strument de M. Marey est catalogué 178 fr.

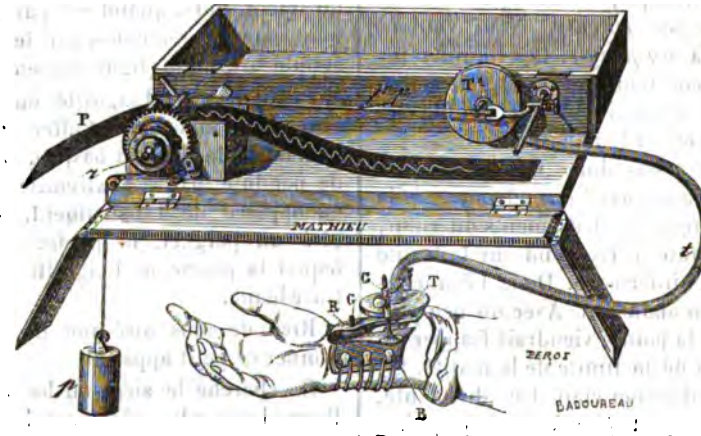
Par une heureuse disposition, le levier, qui donne à l'aiguille son impulsion, peut se placer sur toutes les artères, sur le cœur, sur toutes les parties du corps. L'instrument peut aussi s'appliquer sur les animaux. La multiplicité de ses applications lui a fait donner, par ses auteurs, le nom de *polygraphe*.

Les bandes de papier, P., qui reçoivent les tracés, peuvent atteindre une longueur illimitée, condition qui permet à l'expérimentateur de faire une étude plus précise des oscillations artérielles, cardiaques, musculaires, respiratoires, etc.

Le mouvement de pendule de l'appareil Marey a été supprimé. Il a été remplacé par un simple poids, *p*, qui fait tourner la petite roue *r*, laquelle entraîne, la bandelette de papier, P, disposée pour recevoir l'impression de l'aiguille, *n*, *n*.

Le papier, P, est à volonté blanc ou noir. Quand il est blanc, le tracé se fait à l'encre, qui est déposée dans une petite cavité préparée à l'extrémité de l'aiguille, transformée en plume. Lorsque le papier a été noirci, la ligne graphique se dessine par le simple frottement de la pointe d'une aiguille de rechange.

Le mécanisme qui met l'aiguille en



mouvement diffère de tous points de celui qui est propre au sphygmographe de M. Marey. Ce mécanisme est constitué par un double tambour à air comprimé, que relie un tube creux en caoutchouc, *t*. L'un de ces tambours, T, s'applique sur l'artère, le cœur, la partie à explorer : le second tambour T', fixé à demeure à l'appareil, par un véritable mouvement de diastole et de systole, correspondant aux mouvements d'extension et de retrait de cette même partie, imprime des oscillations à l'aiguille, articulée à sa partie centrale.

La vue du dessin ci-contre permettra de se rendre compte du mode de fonctionnement de cet instrument, dont la délicatesse est extrême, les indications très-précises, et la manœuvre aussi simple que facile.

Revenons maintenant à notre malade.

Pour mieux comprendre la valeur des données graphiques qui vont suivre, reproduisons d'abord un tracé normal, qui pourra servir de point de comparaison.

Voici maintenant les résultats de quatre expériences sphygmographiques effectuées sur l'artère radiale du malade.

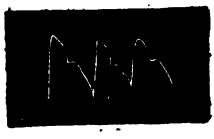
Premier tracé, recueilli le jour même de

son entrée à l'hôpital : ligne ascendante presque verticale ; quelque tendance au dicrotisme.

Second jour : trois particularités ; même direction de la ligne ascendante; irrégularité du rhythme; tendance au dicrotisme.

Troisième jour : ligne verticale *id*; tendance au dicrotisme ; régularité des pulsations.

Quatrième jour : même force des pulsations, décélée par la direction verticale de la ligne ascendante, normalement un peu oblique ; dicrotisme accentué.



En face de ces désordres du pouls et du cœur, il est bien manifeste qu'il y a autre chose qu'une péricardite.

Jusqu'à ces derniers temps, on avait considéré l'irrégularité du pouls comme un indice de l'inflammation du péricarde. Louis avait déjà démontré que cette irrégularité ne s'observait, par le fait de cette affection, que lorsque le liquide épanché était assez abondant pour gêner les contractions du cœur. Il convient donc, au début de l'affection, alors qu'il y a peu ou qu'il n'y a même pas de liquide, de chercher ailleurs la cause de cette irrégularité. Or, cette cause se trouve dans la *myocardite*, c'est-à-dire dans l'*inflammation des muscles même du cœur*,

Le **diagnostic** de la **myocardite** est assez obscur. Voici cependant les symptômes propres à cette affection.

Le principal caractère de la myocardite, c'est cette *douleur épigastrique*, sur laquelle nous avons déjà insisté, douleur en travers, analogue à celle qui est propre à l'angine de poitrine. Ajoutons à ce symptôme l'*irrégularité du pouls*, la *tension extrême de l'artère*, et une *tendance marquée au polycrotisme*, traduit par les sinuosités de la ligne descendante, tracée par le sphygmographe. Ainsi : *ligne ascendante verticale, dicrotisme, polycrotisme même, irrégularité dans la descente*, tels sont les signes précieux fournis par l'ingénieux instrument de M. Marey.

Notons, enfin, dans cette affection, la *tendance marquée à la syncope*.

Y a-t-il encore autre chose chez notre malade ? Existe-t-il, par exemple, de l'endocardite ? On ne constate aucun bruit valvulaire, aucun souffle anormal. Donc, il n'y a rien de ce côté, pour l'instant. Bien entendu, il convient de poser ses réserves pour l'avenir.

Quelques mots seulement sur les *urines*. Elles sont épaisses et foncées en couleur. On avait cru à la présence du sang, mais le microscope a prouvé l'absence des globules hématiques. Le chloroforme donne à ce liquide une coloration rose saumon, bien différente de la couleur citron, qui résulte de la présence de la bile.

On constate dans cette excrétion la présence de l'albumine. Il ne faut attacher à cette circonstance aucune importance. En effet, dans toutes les maladies fébriles on trouve ce produit dans les urines, ce qui tient uniquement à une congestion rénale concomittante.

Envisageons maintenant la question au point de vue du **pronostic**.

Il y a tout lieu d'espérer que l'issue de cette maladie sera favorable, mais il convient de poser certaines réserves.

Chez ce jeune homme, la *température est hypernormale*. Elle s'est élevée au début de l'affection à 41° 6. Il est vrai que le thermomètre, pour procéder plus vite, ainsi qu'il est assez de règle dans ce service, a été posé dans le rectum, et que la température axillaire, sur laquelle on statue le plus ordinairement, est d'un degré inférieur : mettons donc 40°6, pour nous conformer à la règle. Ce n'en est pas moins une élévation extrême, et, pas-

tant, un signe défavorable, annonçant toujours une complication quelconque.

Les *douleurs des membres*, coïncidant avec un rhumatisme polyarticulaire, sans gonflement des articulations, constituent encore un élément sérieux pouvant faire soupçonner quelque explosion du côté des méninges.

La *myocardite*, aussi, est une affection beaucoup plus grave que la péricardite ou que l'endocardite. Les suites de la péricardite sont peu à redouter, en dehors, bien entendu, de l'abondance de l'épanchement. L'endocardite peut laisser, du côté des orifices, des reliquats de nature à compromettre la vie, à plus ou moins longue échéance; mais la myocardite est beaucoup plus à craindre par les conséquences qu'elle peut entraîner. Dans cette affection, une plus ou moins grande quantité de fibres musculaires sont quelquefois détruites. Il en résulte que la puissance contractile de l'organe se trouve par là affaiblie.

A ce propos, M. Hardy rappelle la triste histoire d'un malade qu'il a traité au mois de janvier dernier. Ce malade avait la goutte, compliquée d'un rhumatisme articulaire aigu. Au bout de trois semaines, il y avait du souffle au premier temps, à la pointe du cœur; les battements cardiaques étaient irréguliers. Le malade éprouvait une grande anxiété précordiale, et une tendance continuelle à la syncope. Ces signes ont suffi à M. Hardy pour affirmer qu'il s'agissait d'une myocardite compliquée d'endocardite.

Le souffle à la pointe a persisté; le pouls est devenu faible est irrégulier; de l'œdème s'est produit. En fin de compte, le malade s'est éteint, sans présenter de signe objectif d'une altération mitrale.

En pareil cas, les fibres musculaires du cœur étant détruites, ne peuvent fournir une compensation suffisante pour lutter contre les altérations valvulaires, et la mort survient par le fait de l'asystolie, qui donne lieu à une syncope finale.

Comme notre jeune malade est précisément atteint de myocardite, on conçoit que le pronostic, bien que favorable en apparence, ne saurait cependant être posé sans de justes réserves.

Quelques mots maintenant sur le **traitement**.

Le traitement doit être, au début, celui du rhumatisme articulaire aigu. Chez ce jeune homme, on a aussitôt appliqué des ventouses scarifiées à la région précordiale. Le soulagement a été immédiat. Contre le rhumatisme polyarticulaire et la fièvre, on a prescrit l'anti-pyrétique par excellence : le sulfate de quinine, à la dose de 0,45 par jour. Sous son influence, le pouls est devenu régulier, et est tombé à 72.

Concurremment, le malade prend de la tisane de chiendent nitrée. Si l'épanchement devient plus abondant, on appliquera des vésicatoires volants à la région du cœur. Enfin, les cataplasmes sont remplacés avec avantage par de la toile vulcanisée, avec laquelle on entoure toutes les articulations malades. Repos absolu. Alimentation légère.

Dr E. Picart.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Note sur quelques moyens pour arrêter les hémorrhagies; par M. le docteur Créquy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il y a quelques années, j'ai publié l'observation d'une femme atteinte d'hémorrhagie nasale que le tamponnement avait été impuissant à arrêter, et qui avait cédé à des injections de perchlorure de fer à 30 degrés Baumé.

Le tamponnement avait bien arrêté l'épistaxis, mais la gangrène devenant menaçante, force fut d'enlever les tampons, et le sang reparut aussitôt.

A l'aide d'une seringue percée à son extrémité de trois ou quatre jets rétrogrades, je coagulais, avec le perchlorure de fer, le sang à la partie postérieure des fosses nasales; de la charpie trempée dans le même liquide remplissait un rôle semblable à l'orifice antérieur. L'hémorrhagie fut arrêtée, et la malade exsangue put être

ramenée à la vie par un régime approprié.

Bien que cette manière de procéder fût beaucoup plus simple que le tamponnement, il me sembla qu'on pouvait la rendre encore plus facile et à la portée de tout le monde, même des personnes étrangères à la médecine. Pour cela il m'a suffi de faire fabriquer, par M. Mathieu, une seringue dont la canule, longue de 6 centimètres, se termine en olive ; fermée à son extrémité, elle présente sur toute sa longueur un grand nombre de jets rétrogrades disposés en spirale. Ces jets rétrogrades empêchent le liquide d'être projeté dans l'arrière-gorge, de là dans l'estomac, et de produire ainsi des accidents dans ces organes.

Le mode d'emploi est aussi simple que possible ; il suffit d'introduire horizontalement la canule dans les fosses nasales et de presser vivement sur le piston afin de projeter le liquide sur toute la surface des muqueuses nasales. Une seule injection n'est pas toujours suffisante : le sang vient quelquefois suinter à travers le caillot ; il faut alors recommencer, en traversant le centre de celui-ci. Il m'est arrivé d'être obligé de faire trois injections successives, mais toujours j'ai fini par maîtriser les hémorrhagies qui n'avaient pas cédé aux moyens ordinaires.

Tout récemment, je fus appelé près d'une jeune femme atteinte d'affection du cœur qui perdait du sang par le nez depuis seize heures ; elle était très-affaiblie et d'une pâleur extrême. Deux injections avec la solution de perchlorure de fer à 30 degrés suffirent pour arrêter le sang. Je le répète en terminant, si on compare la difficulté du tamponnement, la douleur qu'il occasionne, je ne doute pas qu'on donne la préférence aux injections de perchlorure de fer pratiquées de la manière que je viens d'indiquer.

Le même moyen m'a réussi quelquefois pour arrêter des flux hémorrhoïdaux ; mais la solution de perchlorure de fer est très-douloureuse : à 30 degrés, les malades la supportent difficilement ; je pense qu'il y aurait lieu de l'étendre de quatre ou cinq fois son volume d'eau.

C'est encore en portant la solution de perchlorure de fer directement dans le col de l'utérus qu'on peut arriver à arrêter des métrorrhagies existant depuis plusieurs mois, se rattachant à des fausses couches, ou n'ayant aucune relation avec l'état puerpéral. Dans ce cas, les injections pratiquées dans l'utérus nécessitent l'usage d'un appareil spécial ; le liquide, malgré toutes les précautions prises, pourrait pénétrer dans la cavité abdominale et déterminer de graves accidents.

Pour ces cas particuliers, j'ai combiné les propriétés coagulantes du perchlorure de fer avec le tamponnement intra-utérin que je pratique de la manière suivante :

Je taille une racine de gentiane en forme de petit cône effilé, long de 3 à 4 centimètres ; je l'enveloppe d'une très-légère couche d'agaric de chêne, que je maintiens à l'aide d'un fil (1) je le trempe dans une solution de perchlorure de fer à 30 degrés Baumé, et lorsqu'il est bien imbibé, je l'introduis dans la cavité du col le plus loin qu'il m'est possible, en me servant du spéculum et d'une pince. Il est maintenu dans cette position à l'aide d'une éponge, qu'un fil permet de retirer à volonté deux ou trois jours après l'application.

Dans les quatre cas où j'ai eu occasion de recourir à ce moyen, j'ai pu arrêter des métrorrhagies qui duraient depuis un mois, six semaines ou deux mois, et qui avaient résisté à tous les autres moyens employés jusqu'alors, seigle ergoté, perchlorure de fer à l'intérieur, compresses d'eau froide sur le bas-ventre, position horizontale, etc.

Il est évident que, dans ces conditions, l'action du perchlorure de fer est aidée par l'action mécanique du tampon. Au fur et à mesure que la racine de gentiane s'imbibe du sérum du sang, elle se gonfle, exerçant ainsi une compression plus forte sur les parois internes du col. Comme elle est aussi graduelle que possible, elle est

(1) Voir un article intitulé : *Simple note sur le tamponnement direct de l'orifice cervical* etc., article que l'abondance des matières nous contraint de renvoyer au prochain numéro. (N. du R.)

peu douloureuse et facilement supportée.

J'ai constaté que les malades s'accommodent beaucoup mieux de ce tamponnement que de celui qui consiste à remplir le vagin avec des boulettes de charpie ou avec un ballon de caoutchouc fortement dilaté. Du reste, la partie de la racine de gentiane restée libre dans le vagin prenant un développement beaucoup plus considérable que celle introduite dans la cavité du col, il en résulte que le tampon prend la forme d'un clou, dont la tête ferme plus hermétiquement l'orifice de la matrice que ne pourrait le faire tout autre mode de tamponnement.

Chez la dernière malade, où j'ai eu recours à ce moyen, l'hémorrhagie durait depuis six semaines et était très abondante. Quand j'arrivai, la malade avait le pouls petit et fréquent, le teint extrêmement pâle, et elle avait eu plusieurs syncopes dans la journée. J'appliquai le tampon intra-utérin, comme je viens de l'indiquer : l'hémorrhagie s'arrêta. Deux jours après je le retirai sans voir reparaître l'écoulement sanguin.

Il est des cas où des moyens purement mécaniques peuvent être employés avec succès, alors que la ligature est impossible et l'emploi du fer rouge dangereux.

Tout le monde connaît la canule à chemise de Dupuytren, et l'usage qu'il en faisait pour arrêter les hémorrhagies occasionnées par la taille. Les résultats n'en ont pas toujours été aussi satisfaisants que possible : son application est assez difficile, les tampons s'imbibent et le sang continue à suinter.

Ayant eu à pratiquer l'opération de la taille chez un enfant de quatre ans, et redoutant l'hémorrhagie, si difficile à arrêter dans ce cas, je fis une canule analogue à celle de Dupuytren ; seulement l'enveloppe externe, au lieu d'être en toile, est en caoutchouc entièrement fermée, renflée à ses deux extrémités et munie d'un tube qui permet de l'insuffler à l'aide d'un soufflet ou de tout autre moyen. Lorsqu'elle est introduite dans la plaie, l'extrémité interne se dilate dans la vessie, l'autre à l'extérieur et le sang ne trouve plus d'issue à son écoulement.

Dans le cas particulier elle me fut inutile ; mais, quelques jours plus tard, elle me rendit service chez une femme, âgée de soixante ans, qui était atteinte, depuis plusieurs années, d'une perte de sang par l'anus assez abondante pour mettre sa vie en danger. L'examen du rectum, à l'aide du doigt, me fit reconnaître une tumeur lobulaire du volume d'un gros œuf de poule, que je pensais être une tumeur hémorrhoïdale et qui, en réalité, était un adénome. Je résolus de l'enlever à l'aide de l'écraseur, malgré les précautions prises, l'opération fut suivie d'une hémorrhagie abondante, que je fus assez heureux pour arrêter, en faisant usage du petit appareil que je viens de décrire, et qui fut également employé avec succès par M. Demarquay chez une malade qu'il avait opérée d'un cancer du rectum.

Dans ces cas particuliers, ce mode de tamponnement présente un avantage sur tous les autres. Quand on introduit un tampon ordinaire dans le rectum pour arrêter une hémorrhagie, le sang peut s'accumuler au-dessus sans que rien l'indique, tandis qui si l'hémorrhagie persiste, le sang s'écoule par la canule et indique que la pression est insuffisante, et qu'il y a lieu d'augmenter le gonflement du ballon. Si le malade doit garder le tampon plusieurs jours, les gaz et autres matières peuvent sortir par la canule et ne pas incommoder le malade.

Ce petit appareil n'est donc pas seulement utile pour arrêter les hémorrhagies provenant de la taille, il peut encore être employé toutes les fois qu'une perte de sang se fait par un trajet servant de communication entre une cavité interne et l'extérieur, telles que les fosses nasales, en cas d'épistaxis ; le rectum, en cas d'hémorrhoïdes fluentes ; le vagin, en cas de trombus.

Dr Créquy.

Coton de verre. — ou *glaswolle*, Note communiquée à la Société de pharmacie de Paris, par M. S. Limousin. — Je désire attirer l'attention sur un produit peu connu en France, le *glaswolle*,

qui me paraît devoir rendre des services sérieux aux pharmaciens et aux chimistes.

Le *glaswolle*, que l'on peut traduire assez exactement par *laine de verre* ou *soie de verre*, est un produit employé en Allemagne et surtout en Autriche pour filtrer les liquides dans les laboratoires.

Ce *glaswolle*, que je me suis procuré dans un récent voyage dans les provinces rhénanes, est constitué par du verre étiré en fils qu'on ne peut comparer, comme aspect, qu'à la soie la plus fine et la plus souple.

D'après les renseignements que j'ai pu me procurer, ce coton de verre s'obtient en étirant en fils du verre en fusion qui vient s'enrouler sur des cylindres métalliques chauffés et mis en mouvement comme un rouet à filer le lin et le chanvre. Le verre de Bohême seul, paraît se prête à cette fabrication, qui demeure le monopole d'une ou deux verreries de cette contrée.

Examinés au microscope, les fils de cette substance sont aussi ténus que des fils de soie ou des fibrilles de coton. Ils sont résistants, se brisent plus facilement que les derniers par la traction, mais ils sont très-remarquables par leur excessive souplesse. A première vue, il est impossible de croire à l'origine minérale de ce produit, tant il ressemble à du coton ou à de la soie frisée.

Dans les laboratoires de l'Autriche, pour s'en servir, on l'introduit en petite quantité dans un entonnoir spécial muni, à la partie supérieure de la douille, d'un petit renflement destiné à fixer la substance. Cette disposition spéciale de l'entonnoir est inutile, car, ainsi que j'ai pu m'en assurer, le glaswolle se maintient facilement dans la douille de l'entonnoir, en raison de sa densité très-supérieure à celle du coton végétal.

Par son inaltérabilité, qui ne le cède en rien au cristal le plus pur, cette substance présente de grands avantages au point de vue de l'utilisation pour filtrer les solutions acides ou alcalines, même concentrées, et diverses autres substances, telles que le nitrate d'argent, l'albumine, le collodion, la liqueur de Fehling, etc. Les photographes pourraient, je crois, utiliser avec grand avantage ce nouveau mode de filtration.

Il faut aussi signaler l'excessive rapidité de l'écoulement au travers d'une substance où l'action capillaire n'est pas entravée par un rapprochement trop grand des fils, qui sont assez résistants pour s'opposer à un tassement trop considérable.

Le glaswolle n'a pas l'inconvénient, comme les filtres en papier ou en tissu, de céder à la liqueur des matières organiques qui dénaturent souvent le produit ou lui communiquent un goût désagréable. — Il n'absorbe pas non plus les principes aromatiques des eaux distillées et des alcoolats. — Il est de beaucoup préférable à l'amiante, qui, par la disposition de ses fibres parallèles, ne peut se mettre en boule flexible, et qui a l'inconvénient de laisser passer des fragments qui flottent dans le liquide.

Pour les analyses, le coton de verre peut rendre de grands services, car, en l'étalant, après l'avoir mouillé, sur un cône solide et en le laissant sécher, on obtient de petits filtres sur lesquels on peut peser et doser après dessiccation les matières insolubles qui s'y sont déposées pendant la filtration. Par la calcination et la fusion du verre qui le constitue, on peut aussi retrouver les principes volatils fixés pendant le passage du liquide, et cela sans qu'ils soient souillés ou mélangés aux produits empyreumatiques qui résultent de la combustion du papier ou du coton végétal.

Comme dernier avantage, je signalerai son utilisation pour fabriquer des pinceaux de verre inaltérables pour les badigeonnages avec l'acide chromique, le nitrate d'argent, les teintures d'iode, etc.

Le coton de verre est d'un prix assez élevé (10 centimes le gramme), mais son excessive légèreté permet de faire un nombre considérable de filtrations avec cette quantité, d'autant plus qu'il sert pour ainsi dire indéfiniment, si l'on a soin, après chaque opération, de le laver à grande eau et de le faire sécher à l'air.

OBSTÉTRICIE.

L'incitateur cervical hydrostatique de l'auteur. — Ses applications à la pratique obstétricale (1).

5e FAIT. — *Avortement à six mois et demi. — Métrorrhagie occasionnée par une présentation du placenta — Application immédiate du ballon hydrostatique. — Expulsion, au bout de quatre heures et demie de travail, d'un enfant privé de vie. — La pratique de l'intervention justifiée par l'examen du placenta.*

Mme V..., âgée de 22 ans, primipare, enceinte de six mois et demi, perdait du sang depuis la veille, lorsqu'elle me fit appeler le 4 septembre 1874, à 6 heures du matin. Comme cette dame habite la campagne, je n'arrivai auprès d'elle qu'à 7 heures. Elle avait répandu du sang toute la nuit. Je constatai une dilatation cervicale de 0m02, et une présentation du placenta. L'auscultation ne me fournit que des résultats négatifs. Toutes ces raisons, jointes à l'éloignement de la malade, me déterminent à intervenir sans aucun retard.

J'appliquai mon incitateur hydrostatique, qui eut bientôt produit l'éveil des douleurs. Je l'enlevai et le remis en place à plusieurs reprises, pour surveiller la marche du travail. A 11 heures, la dilatation me parut suffisante pour légitimer une application de rétroceps, qui me permit d'extraire, en quelques minutes, un enfant privé de vie.

L'examen du placenta me décela la cause de la mort du produit, et justifia la pratique de l'intervention immédiate, à laquelle je m'étais cru fondé à accorder la préférence.

Le parenchyme placentaire était noir et ramolli. Un cotylédon contenait, dans une large déchirure, un énorme caillot sanguin.

On a pu voir, par la relation de quelques-uns des faits qui précèdent, que, dans les cas de métrorrhagie déterminée par une insertion vicieuse du placenta, je suis partisan convaincu de l'obstétrique militante. Dans le cours de ma carrière, j'ai été témoin d'un grand nombre de catastrophes, conséquences de la dangereuse pratique de la temporisation. Je considère donc une intervention active comme d'autant plus conforme aux sains préceptes de l'art, que le produit de la conception a dépassé le terme de la viabilité. Chacun de nous a dû être à même de l'apprendre à ses dépens : dans ces graves conjonctures, une hémorrhagie en présage une autre. Dans ces conditions critiques, une malheureuse femme se trouve placée, à son insu, dans la position de Damoclès. Il y a péril imminent pour deux existences. En précipitant la solution de l'accouchement, il y a donc tout à gagner, pour peu, je le répète avec insistance, *pour peu que la vie du fœtus soit bien constatée, et qu'il ait dépassé le terme de sept mois.*

Ce sont de telles considérations qui, selon moi, doivent tracer la règle de conduite de l'homme de l'art. C'est à cette même règle que j'ai pour habitude de m'astreindre dans ma pratique. J'ai fourni, dans ce même travail, un certain nombre de faits qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Par contre, je pourrais en citer bien d'autres, qui témoignent des dangers du mode de faire consacré par l'usage.

Qu'il me soit permis, pour justifier une assertion qui pourra sembler peu conforme aux préceptes tracés et suivis par l'orthodoxie, de rappeler l'observation suivante, que je choisis au milieu d'un certain nombre d'autres que je pourrais relater, par cette seule raison que sa date encore récente en fait une question d'actualité.

OBSERVATION. — *Grossesse de sept mois 1/2. — Insertion marginale du placenta. — Métrorrhagie unique. — Enfant vivant. — Refus de la malade de se soumettre à l'accouchement prématurée. — Le 9e jour, expulsion spontanée d'un enfant mort. — Péritonite sur-aiguë consécutive. — Guérison de la malade.*

Dans la nuit du 17 au 18 octobre 1876, j'ai été appelé auprès de Mme de X..., secondipare, âgée de vingt-cinq ans, affec-

(1) Suite. Voir les numéros du 15 novembre, du 1er décembre 1876, et du 1er janvier 1877.

tée subitement, au terme de sept mois et demi de grossesse, d'une métrorrhagie abondante. Reconnaissant une présentation du placenta, avec un commencement de dilatation de l'orifice cervical, constatant la production des bruits fœtaux, je proposai de procéder à la délivrance artificielle immédiate, par l'application de mon ballon hydrostatique. Ce mode d'incitation, aussi sûr qu'inoffensif, me parut, en effet, la meilleure sauvegarde pour les deux existences.

Ma proposition n'ayant pas été acceptée, je pris congé, en déclarant que je déclinais toute responsabilité, concernant les accidents qui pourraient survenir.

Je n'entendis plus parler de Mme de X... jusqu'au 26 octobre, jour où je fus appelé en grande hâte auprès de la malade. J'arrivai juste à temps pour recevoir un enfant mort ! La délivrance se fit sans la moindre difficulté. Le placenta était ramolli : sur un de ses limbes je remarquai un large caillot sanguin adhérent.

Si encore là s'étaient bornées les conséquences de la résistance à de sages conseils !

Dès le lendemain de l'accouchement, le ventre se météorisa, et l'hypochondre droit devint le siége de violentes douleurs, spontanées et provoquées ; nausées incessantes. J'étais en présence d'une péritonite puerpérale sur-aiguë.

Sans perdre un instant, j'ai fait faire une application de sangsues, j'ai administré de la glace par les voies supérieure et inférieure, etc. Bref, j'ai combattu avec vigueur, dès son éclosion, cette redoutable complication puerpérale, et j'ai eu la satisfaction de sauver ma malade.

Ce fait, après tant d'autres, est bien propre à démontrer les dangers de la temporisation, dans ces graves complications de la grossesse, qui entraînent de si grands dangers pour les deux existences.

Que l'on ne vienne pas m'objecter que les manœuvres, en rapport avec l'incitation du travail, mettent en péril les jours de la mère. Je puis le déclarer en toute conscience : je n'ai jamais eu à déplorer les conséquences d'une intervention méthodique opportune. La provocation du travail de la parturition, par la méthode à laquelle j'ai journellement recours, est d'une innocuité absolue. Mon expérience est tellement décisive sur ce point, que, si, à la suite de ces manœuvres inoffensives, il se produisait quelque complication, je n'hésiterais nullement à les rapporter à de simples coïncidences. Or, bien que, jusqu'ici, je n'aie jamais eu à compter avec ces dernières, il n'en est pas moins vrai que l'accoucheur ne saurait jamais se considérer comme à l'abri de ces concordances toujours fâcheuses. Ne voit-on pas chaque jour se développer des accidents puerpéraux à la suite des couches les plus physiologiques ? Ces considérations d'un intérêt tout personnel ne sauraient, selon moi, retenir le praticien, en présence du sentiment du devoir à accomplir. Or, dans mon opinion, il n'est pas d'indications plus formelles que celles qui sont fournies par les présentations du placenta. Pour ne parler que du cas de Mme de X..., dont je viens de relater la triste histoire, la résistance à mes conseils a entraîné la mort d'un enfant dont il m'eût été possible de sauver les jours. Quant à la mère, on a pu voir à quoi a tenu la conservation de son existence.

6e FAIT. — *Eclampsie puerpérale. — Préparation presque nulle de l'orifice cervical. — Absence de douleurs. — Application du ballon hydrostatique. — Présentation du siége. — Emploi utile du levier de l'auteur. — Heureuse solution du travail dans un laps de temps de cinq heures. — Enfant macéré. — Suites de couches physiologiques.*

Mme B., âgée de 35 ans, présente les attributs de l'aglobulie la plus marquée. Mariée depuis 17 ans, elle était réputée stérile, pour cause de rétroversion de l'utérus. C'est dans de telles conditions qu'est survenue une grossesse qui, à la date de cette observation, était parvenue au terme de 8 mois. Depuis quinze jours, il y avait une bouffissure très-apparente du visage. Le 22 octobre 1876, à huit heures du matin, ayant répandu quelques gouttes de sang, Mme B... fit appeler Mme David, sage-

femme, qui passa la journée auprès d'elle, sans constater la moindre tendance à l'établissement du travail. Ce fut dans de telles conditions que le soir, à cinq heures, éclata une violente attaque convulsive. M. le Dr Cotin, appelé auprès de Mme B., déclara qu'il était urgent de réclamer l'intervention d'un accoucheur, et voulut bien me recommander à la confiance de l'entourage de la malade. J'arrivai auprès d'elle à sept heures. Une seconde convulsion venait de se produire.

A mon arrivée, je trouvai Mme B. en possession apparente de ses esprits. Je dois dire, cependant, qu'elle n'a conservé aucune connaissance de tout ce qui s'est passé. Elle se demande encore aujourd'hui comment s'est effectué un accouchement qui, pour elle, est un rêve.

Voici les premiers renseignements que je recueillis en arrivant auprès de la malade.

Ventre peu développé, traduisant une grossesse de 7 mois. Battements fœtaux nuls. Orifice cervical ouvert de façon à permettre l'introduction de la phalangette de l'index. Absence absolue de douleurs.

Quel eût été, classiquement parlant, le traitement à mettre en usage dans un cas de cette nature?

On eût pratiqué une saignée et administré du chloral. Puis on eût attendu l'établissement spontané du travail.

C'est une telle conduite qui a été suivie, naguère, dans une condition analogue, où je me suis trouvé appelé, en même temps qu'un des représentants les plus autorisés de la science officielle. J'avais proposé l'incitation du travail. Mais cette proposition n'avait pas été acceptée, tant on craint généralement, en touchant au col, d'augmenter le nombre et la violence des attaques éclamptiques. Nous bornant donc à l'emploi des moyens ci-dessus, nous nous sommes astreints à attendre l'établissement régulier du travail, qui ne s'est déclaré qu'au bout de vingt-quatre heures. L'enfant est venu au monde privé de vie. La malade a été sauvée, mais elle a payé tribut à une longue convalescence.

Dans le présent cas, l'état d'aglobulie de la malade me faisait une loi d'éviter toute soustraction de sang inutile. Pour moi, le meilleur hypnotique, c'est la déplétion aussi prompte que possible de l'organe gestateur. Partant de là, je me mis en demeure de remplir au plus tôt une indication qui, dans mon opinion, doit primer toutes les autres, aussi bien dans l'éclampsie puerpérale que dans la métrorrhagie par présentation du placenta.

En conséquence, je me hâtai d'appliquer mon incitateur hydrostatique, que je gonflai par l'injection de deux verres d'eau froide. Cette incitation locale donna lieu, presque aussitot, à la production de quelques douleurs.

A huit heures un quart, troisième convulsion. Après le retour à la connaissance, exploration de l'orifice, dont la dilatation a acquis 0, 02. Formation d'une petite poche des eaux dont j'opère la rupture. Réapplication de l'incitateur.

A neuf heures un quart, quatrième convulsion.

Etablissement régulier des douleurs, peu violentes, mais revenant à une portée de trois ou quatre minutes.

A dix heures moins vingt minutes, administration en trois doses, de 2 grammes de seigle ergoté. Ici, ouvrons une parenthèse.

Est-il besoin de le faire observer? En prescrivant ce médicament, à une période aussi peu avancée du travail, je sacrifiais à une pratique en principe mauvaise, en ce qu'elle peut occasionner la mort du produit. Dans l'espèce, j'étais dégagé de toute préoccupation à ce point de vue, l'enfant ayant cessé de vivre. Je n'avais d'autre souci que d'obtenir la terminaison la plus rapide possible du travail.

A onze heures, cinquième convulsion. A la suite de cette dernière, la dilatation cervicale atteint 0,035. Douleurs presque sub-intrantes. Le ballon hydrostatique est définitivement enlevé, et je m'efforce de faire fructifier les contractions, par une dilatation digitale, méthodiquement effectuée.

A minuit, je reconnais une présentation du siége (S.I D A).

S'il s'était agi d'un engagement du vertex, il m'eût été aisé de terminer le travail en quelques minutes, par une application de rétroceps. La dilatation étant insuffi-

sante pour me permettre toute intervention manuelle ou instrumentale, force me fut d'attendre encore quelques instants, me contentant de pratiquer à chaque douleur, et avec les plus grands ménagements, la dilatation digitale de la lèvre cervicale antérieure.

Pour rendre plus effective cette manœuvre, je pris bientôt le parti d'introduire, en arrière de l'organe en présentation, mon petit levier à forte courbure sur le plat. Maintenant la lèvre postérieure, cet instrument me permit d'opérer une dilatation plus efficace de l'orifice cervical.

Bientôt je pus faire quelques tractions sur la tige du levier, en même temps que Mme David s'efforçait de dilater, de relever la lèvre antérieure. Cette manœuvre combinée eut un si heureux effet, que le siége de l'enfant descendit presque aussitôt sur le plancher périnéal. Encore quelques légers efforts, et l'extraction pouvait être aisément obtenue. Or, à ce moment (minuit et demi) éclata une sixième convulsion.

Je retirai le levier devenu inutile, et, ainsi que je n'avais cessé de le faire, au retour de chaque attaque, j'administrai le chloroforme...

L'accès passé, profitant du collapsus éclamptique, j'introduisis vivement l'index et le médius droits en arrière du pelvis de l'enfant, dont je pus accrocher l'aine postérieure.

Quelques moments après, la délivrance était heureusement effectuée.

Enfant privé de vie depuis quelques jours, ainsi que le traduisait le détachement facile de l'épiderme. Longueur du corps 0,40.

A 3 heures du matin, septième et dernier accès.

A ma visite du matin, retour complet de la connaissance. Le neuvième jour, j'ai pu prendre congé de la malade, dont la convalescence a suivi son cours le plus physiologique.

Grâce au ballon hydrostatique, j'ai donc pu inciter le travail, et le mener à bien dans un laps de temps d'environ cinq heures. Il m'eût été possible de gagner encore une heure si, au lieu du siége, il se fût agi d'une présentation du vertex, condition qui m'eût permis, beaucoup plus tôt, d'effectuer une fructueuse application de rétrôceps.

Dans l'éclampsie puerpérale, la science officielle nous enseigne qu'il est dangereux de toucher au col de l'utérus, sous prétexte que ces excitations sont susceptibles de redoubler la violence des accès, d'en faire naître aussi de nouveaux. Sur ce point encore je ne saurais me ranger sous la bannière de l'orthodoxie scolastique. En pareil cas, je crois qu'il est d'une saine pratique de savoir faire la part du feu, si je puis me servir d'une telle comparaison. Plus tôt l'utérus est débarrassé de son contenu, plus tôt le danger est écarté pour la mère; j'ajouterai pour son fruit, si, condition trop rare, l'accoucheur est appelé à temps pour sauvegarder également cette jeune existence.

§ 2. — De l'emploi de l'ampoule hydrostatique pour combattre les métrorrhagies se produisant dans les premiers mois de la grossesse.

On est fréquemment appelé à réprimer des métrorrhagies se produisant dans les premiers mois de la grossesse; que ces hémorrhagies, du reste, soient occasionnées par le détachement prématuré de l'œuf, qu'elles soient en rapport avec un décollement partiel du placenta. Dans l'un et l'autre cas, le moyen le plus sûr de mettre une digue à l'écoulement du sang, c'est de déterminer, le plus promptement possible, l'évacuation de la cavité utérine.

Malheureusement, dans la période initiale de la grossesse, il est loin d'être facile de faire naître des douleurs assez énergiques pour obtenir promptement, si je puis ainsi dire, la déhiscence d'un fruit non parvenu à sa maturité. En pareil cas, j'ai eu bien souvent recours à mon incitateur. Or, si au point de vue final, j'en ai toujours jusqu'ici retiré les meilleurs effets, je dois à la vérité de dire qu'assez souvent ces mêmes effets se sont laissés plus ou moins attendre.

Il est, toutefois, une action immédiate

qui n'a jamais failli encore à mon espoir. Dans tous les cas de cette nature que j'ai été appelé à combattre jusqu'à ce jour, il m'a été donné, par l'emploi de ce précieux agent, de parer de la façon la plus heureuse à l'indication la plus pressante, qui consiste à poser une barrière à l'écoulement sanguin.

Ce résultat capital obtenu, on peut respirer à l'aise; car alors, pour la malade, gagner du temps, c'est rentrer en possession de la vie qui s'envole. En pareil cas, comme pourraient le dire les Anglais, *the times is life*... Le danger le plus pressant conjuré, l'accoucheur trouve devant lui le temps nécessaire pour aviser froidement au choix des moyens qui lui paraissent les plus appropriés à la situation de la malade.

Pour établir l'efficacité du ballon hydrostatique, pour tracer, en même temps, la ligne de conduite qui me semble devoir être suivie de préférence dans les cas spéciaux dont il est en ce moment question, qu'il me soit permis de relater les quelques cas suivants, que je choisis au hasard, parmi un assez grand nombre de faits analogues qui se sont passés dans ma pratique.

7e Fait. — *Avortement survenu dans les deux premiers mois de la grossesse. — Métrorrhagie très abondante — Excellents effets de l'ampoule hydrostatique, au point de vue de l'hémostase, son insuffisance, pour ce qui a trait à l'incitation immédiate du travail. — Expulsion du délivre douze heures après l'application de l'appareil.*

Mme H..., âgée de quarante-trois ans, chlorotique, multipare, ayant un retard de 2 mois 1/2, souffrait du ventre depuis quelques jours. Ces souffrances étaient accompagnées d'un peu de métrorrhagie. Elle ne se préoccupait guère de son état, lorsque le 16 juillet 1876, elle fut prise inopinément, à 6 heures du soir, de violentes douleurs bientôt suivies d'une perte de sang considérable. Appelé auprès d'elle, à 8 heures 1/2 du soir, je la trouvai baignant dans son sang.

Col très-épais et indilatable, assez ouvert pour permettre le passage de la phalangette de l'index. Aucune partie du fœtus, nulle portion du placenta ne se présentent.

Je mets en place le ballon hydrostatique. L'hémorrhagie est aussitôt suspendue. A 9 heures, j'enlève l'appareil, et constate l'engagement d'une petite portion du placenta. Jusqu'à 11 heures 1/2, le ballon est enlevé et remis en place cinq ou six fois. Chaque fois que l'instrument est retiré, l'hémorrhagie se reproduit, pour se suspendre aussitôt qu'il est réappliqué.

Vers minuit, considérant tout danger immédiat comme conjuré, ne trouvant plus aucun péril pour la vie, je prends le parti de me retirer, après avoir donné à M. H... toutes les instructions nécessaires pour tirer le meilleur parti du ballon hydrostatique.

Le lendemain, à 8 heures 1/2, j'enlève l'instrument, retiré et remis en place, par le mari, à 4 heures du matin. Je trouve le col plus ouvert qu'au moment où j'ai pris congé de la malade. Le placenta y est aussi engagé d'avantage, mais pas suffisamment, selon toute apparence, pour donner aux doigts ou à une pince une prise suffisante pour en permettre l'extraction intégrale.

L'idée me vient, en ce moment, d'essayer d'un moyen qui m'a plus d'une fois réussi pour opérer la délivrance vainement essayée avec la main.

Je fais mettre la malade sur un bassin. Par le seul fait de la pesanteur, dans cette position verticale, le délivre tombe de lui-même dans le vase de nuit. Avec lui est rejeté un œuf de la grosseur d'une petite noix, d'une longueur de 0m 025, d'une transparence toute cristalline et ne présentant aucune trace d'embryon.

Dans le fait que je viens de rapporter, l'incitateur hydrostatique n'a donné lieu à aucune contraction utérine appréciable, à aucune douleur proprement dite. A un autre point de vue, toutefois, son action a été des plus remarquables. Il a mis un frein puissant à l'hémorrhagie qui, par son abondance, eût pu être de nature à compromettre sérieusement l'existence d'une malade profondément anémiée.

(*A suivre*). Dr Hamon.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Des maladies des gencives et de leur traitement.

Voilà un sujet important et qui mérite plus d'attention qu'on ne lui en consacre ordinairement. Il ne se passe guère de jour que le dentiste n'ait à s'en occuper. Les affections des gencives peuvent retentir sur les alvéoles et même entraîner la perte des dents. Il est rare que ces dernières ne souffrent pas plus ou moins (et quelquefois très-sérieusement) des maladies gingivales, et quand les gencives et les alvéoles sont altérés, les dents sont toujours nécessairement atteintes. Pour comprendre les altérations pathologiques que subissent ces tissus, il faut se rendre compte de leurs particularités anatomiques et physiologiques ainsi que de leurs susceptibilités morbides et pathogéniques. Les gencives se composent d'une couche superficielle, la membrane muqueuse, au-dessous de laquelle se trouve un tissu très-vasculaire. La membrane propre est largement pourvue de follicules glandulaires; le tissu vasculaire sous-jacent est fibreux. Ce dernier recouvre les alvéoles et s'applique sur la partie libre de la racine des dents, en s'avançant jusque sur leur collet, où elle forme une sorte d'anneau ou de cylindre de 0m,003 de hauteur. L'alvéole est la cavité osseuse qui se subdivise en deux, trois ou quatre compartiments suivant l'espèce de dent qu'il reçoit.

Les gencives sont sujettes à diverses maladies et reçoivent le contre-coup de certaines affections constitutionnelles. Lorsque l'économie est en bon état, les gencives le sont également. La bonne nutrition est donc une chose importante à ce point de vue. Quelquefois les forces vitales sont tellement réduites, la résistance aux agents morbides est si affaiblie, par suite de troubles de nutrition, que la membrane muqueuse, sans aucune cause locale appréciable, entrera en suppuration et que des plaques aphtheuses feront leur apparition dans la bouche. On attribue trop souvent ces lésions à une simple irritation locale. Les susceptibilités varient d'ailleurs avec les individus, certaines constitutions résistant heureusement à l'invasion de la maladie, d'autres succombant à la première attaque. Chacun rencontre des cas où il est étonnant de voir les gencives conserver leur intégrité aussi bien qu'elles le font. Tantôt on les voit rester saines en dépit d'accumulations sordides qui se déposent sur les dents, et malgré la présence de vieilles racines qui remplissent la bouche. Tantôt, un simple chicot peut déterminer une maladie qui retentira sur des parties éloignées. Comment expliquer cette différence? Par la susceptibilité individuelle uniquement.

Il est souvent fort important de corriger un vice de nutrition. Un régime convenable suffit dans bien des cas à guérir les maladies des gencives comme celles d'autres parties de l'organisme.

Le traitement local resterait inefficace si l'on ne se préoccupait de l'état général. Souvent les gencives sont atrophiées. Le traitement local ne peut rien contre une pareille affection. L'on entend des personnes dire : « Malgré tout ce que j'ai pu faire pour mes gencives, je n'en ai retiré aucun bénéfice. » C'est que le traitement n'avait été que partiel et qu'il ne reposait pas sur un diagnostic complet et approfondi.

On observe parfois une tuméfaction vasculaire des gencives accompagnée de suppuration au niveau du collet des dents et d'une résorption plus ou moins étendue de l'alvéole. La membrane muqueuse et la surface interne des gencives sécrètent une matière âcre, viciée, qui est très-irritante. Viciée dès le principe, elle le de-

vient encore davantage après sa sécrétion dans la bouche. Comme conséquence, la gencive se sépare des dents et l'alvéole se résorbe. Cette destruction est due encore en partie à la présence de substances étrangères au-dessous du bord gingival. Cependant la gencive peut rester relativement saine, malgré le dépôt considérable de tartre qui se fait quelquefois au-dessous d'elle.

L'exsudation dont je viens de parler s'observe encore, dans certains cas, sur la face externe de la gencive du côté buccal ou labial. Cette sécrétion indique un effort de la nature pour se débarrasser de principes irritants. Souvent on voit l'alvéole se résorber sous l'influence de dépôts de tartre, etc, qui séjournent et s'accroissent au point d'envahir l'extrémité même de la racine dentaire. Parfois la nature se charge de compléter la guérison lorsqu'on a eu soin d'enlever toutes les particules déposées; mais généralement il est nécessaire de recourir à une médication générale. Un confrère m'a rapporté un cas où toutes les dents s'ébranlèrent à la suite d'une pareille maladie. Il pensait avoir enlevé toute la matière étrangère. (On peut se demander si cette opération s'exécute généralement d'une manière parfaitement complète. Les instruments construits dans ce but sont souvent mal adaptés à l'usage qu'on leur demande.) Il jugea nécessaire d'exciser le bord libre des gencives pour la production de bourgeons de bonne nature. Cette pratique est quelquefois à recommander, parce qu'elle favorise le dégorgement des vaisseaux. On peut recourir à des applications topiques astringentes. Le but à réaliser consiste à expulser des vaisseaux le sang vicié qui les remplit pour y faire arriver un sang nouveau et sain. Il y a quelque temps, le Dr Watt m'a suggéré une nouvelle idée pour arriver à ce résultat; elle consiste à manipuler, à presser avec les doigts les gencives tuméfiées et hypertrophiées, pour en exprimer le sang de mauvaise nature. C'est un phénomène remarquable de voir avec quelle rapidité la guérison résulte souvent d'un semblable traitement.

(*Dental Register.*)

Insufflation d'air autour des tumeurs pour en faciliter l'extirpation. — Pour éviter les difficultés inhérentes à l'ablation des tumeurs, provenant de leur siége ou de leur volume, M. Montes de Oca a eu l'idée d'employer l'insufflation de l'air comme moyen d'isolement.

Il introduit un trocart sous la peau au voisinage de la tumeur, puis adaptant une pompe à sa canule, il injecte une quantité d'air suffisante pour distendre le tissu cellulaire qui entoure la tumeur.

Quelquefois il est nécessaire d'avoir recours à des ponctions et injections multiples lorsque la tumeur est adhérente et volumineuse.

Il faut avoir soin de comprimer les tissus à peu de distance de la tumeur pour empêcher l'air de se propager au delà du point voulu; on obtient, de cette façon, une insufflation prompte et limitée à la sphère de la tumeur.

Après cette opération préliminaire, la peau étant divisée, l'énucléation se fait en général avec une grande facilité et une rapidité extrême, en contournant la tumeur simplement avec le doigt ou le manche du bistouri.

Il y a deux ans que le docteur Montes de Oca applique ce procédé à sa clinique de l'hôpital général avec d'excellents résultats, supprimant de la sorte les dissections souvent difficiles dans certaines régions délicates ainsi que dans la profondeur des tissus.

Nous citerons entre autres un malade porteur d'une tumeur de la grosseur du poing à la région latérale gauche du cou; la tumeur était inégale, dure et adhérente à la peau. Après avoir pratiqué l'insufflation, M. Oca fit une incision elliptique de 10 centimètres à la peau et put enlever cette tumeur en la contournant avec le doigt.

Chez un autre malade très-intéressant il s'agissait d'un adénome du creux axillaire, un grand nombre de ganglions furent enlevés après l'insufflation préalable, quoique avec un peu moins de facilité que dans les cas précédents.

Ce qu'il y eut de remarquable, ce fut

l'insignifiance de l'hémorrhagie, malgré l'étendue de la plaie et la mise à nu des vaisseaux et du plexus brachial ; les tissus étaient à peine humectés de sang.

L'extirpation d'un sein carcinomateux par MM. Argerich et Oca eut lieu par le même procédé et sans difficultés.

Nous pourrions encore multiplier les exemples, mais cela nous paraît inutile ; par ce qui précède il est facile de juger quels utiles avantages on pourra obtenir dans certaines opérations, par une insufflation d'air dans le tissu cellulaire.

(*Rev. Méd.-Quir. de Buenos-Ayres.*)

Sur un cas de satyriasis observé et guéri par M. le Dr l'révost, de Cambremer.

Le malheureux qui fait le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt-deux ans, de haute stature, d'une physionomie agréable, brun de cheveux; mais son front est déprimé et la partie postérieure de la tête est plus large et plus bombée que la partie antérieure. D'habitude il est sombre et fuit la société de ses semblables, se plaisant à la promenade solitaire.

Le 5 janvier dernier, il monta à sa chambre après avoir bien dîné, s'enferma au verrou, et se livra à l'onanisme avec un acharnement extrême; puis il se coucha tout habillé, dormit trois quarts d'heure et descendit au milieu de sa famille. Le 14, après un repas copieux, même disparition subite, mêmes manœuvres. Le jeune homme, réprimandé par son père, avoua que depuis un an il était sujet à des accès de fureur érotique que calmait seule la masturbation.

Un jour, pris d'un de ces accès, il se fit lier les mains, mais il fut pris d'une convulsion qui dura dix minutes; il tomba à terre, poussant des cris rauques; sa figure était pâle; on le dégagea et aussitôt, devant sa famille, il se livra à la masturbation sans relâche.

Consulté, M. Prévost conseilla le mariage au plus tôt, et prescrivit une potion camphrée à 30 centigrammes et une infusion de nénuphar blanc, à 30 grammes par litre d'eau, avec abstinence d'alcools et de café. Pas de résultat. Le malade, interrogé, dit que le mariage ne le tente en rien, qu'il ne pense nullement aux plaisirs des sens, mais que tout d'un coup il lui prend une douleur derrière la tête, la verge entre en érection et que rien alors ne l'empêcherait de se masturber à satiété, malgré son désir de s'abstenir. Dans ces accès, la figure du malade était pâle, la salive lui sortait de la bouche, il entrait en érection et portait ses mains à ses parties génitales.

On lui appliqua quinze sangsues à la nuque et l'accès ne vint pas; on recommença trois semaines après, lorsque la douleur revint et cette fois encore l'accès n'eut pas lieu. Aujourd'hui le malade est complétement guéri.

Les cas de satyriasis sont fort rares, en dehors du satyriasis cantharidien, et l'observation précédente est frappante, quoique plusieurs symptômes manquent : Erections continuelles, désirs immodérés de l'amour, délire érotique. Mais *pituitam largius emovent quàm labris spuma, quemadmodum hircis in libidinem ruentibus insidit*, comme le dit Arétée.

La douleur occipitale a été indiquée par Gall, dans la nymphomanie, et niée par les autres médecins.

(*Le Moniteur.*)

Guérison d'un abcès du cerveau par la trépanation, par M Luther. *Holden* (*P. Bartholom. Hospital Reports*, IX). — Dans une explosion, qui eut lieu le 18 juillet 1874, un jeune homme de dix-huit ans avait été frappé à la tête par un morceau de fer, qui ne détermina pas de perte de connaissance. On trouva au cuir chevelu une plaie déchirée et contuse de 3 1/2 pouces de long, qui s'étendait sur le pariétal gauche et le frontal, lesquels présentaient une fracture de la même étendue avec légère dépression du fragment inférieur. De petites quantités de cerveau s'écoulaient par la plaie. Les symptômes

généraux n'étaient nullement en rapport avec la gravité de ces lésions, cependant le malade se sentait faible et eut quelques vomissements. Dès le 7 septembre, le malade était en état de quitter l'hôpital, ne présentant plus qu'un petit point de la plaie non cicatrisé et de la surdité de l'oreille gauche. Deux mois plus tard, il se présenta à l'hôpital pour dire qu'il avait rendu, par la bouche, cinq fragments osseux, dont le plus considérable avait 1 pouce 1/8 de long, tandis que les autres n'étaient que de simples esquilles.

En janvier 1875, le malade reprit son travail de chaudronnier, lorsque le 27 juillet, il fit une chute dans un escalier de cave, d'abord sur les talons, puis sur l'occiput. Il fut néanmoins en état de retourner seul à la maison, mais il sentit, dès le lendemain, une roideur notable dans la jambe et le bras gauches, laquelle ne l'empêcha pas deux jours plus tard de se promener de nouveau. Pendant les trois semaines suivantes, il eut environ douze accès épileptiques, dans lesquels les convulsions commençaient dans la jambe et le bras gauches et pendant lesquels il perdait complétement connaissance. Les cinq mois suivants, il ne se présenta plus qu'un accès, mais d'une telle intensité qu'il fut de nouveau transporté à l'hôpital.

Le 4 janvier 1876, on trouva encore une légère suppuration au milieu de la plaie, la pupille gauche était plus rétrécie que la droite, et l'ouïe était complétement perdue à gauche. Le malade, très-faible se plaignait continuellement de douleurs et de bruits dans la tête. Ces symptômes s'augmentèrent tellement, que le 9 mars il était dans un coma profond. L'auteur fit une incision à travers la plaie puis la sonda; mais ne trouvant pas de pus, et les symptômes devenant toujours plus graves, il se décida à pratiquer la trépanation, qui se fit sans chloroforme, vu l'insensibilité du malade. Une incision cruciale sur la cicatrice mit à jour l'os, et l'on découvrit un petit trou sur l'os frontal : c'est ce point que M. Holden choisit pour y appliquer une couronne de trépan de 1/2 pouce de diamètre. Ne trouvant pas de pus après l'enlèvement du bouchon osseux, il rendit la dure-mère et la rabattit : sentant, au-dessous de cette incision, le cerveau mou, élastique et fluctuant, il plongea son bistouri dans la substance cérébrale, et aussitôt un jet d'un pus fétide s'élança à quelques pouces de haut. Immédiatement après l'expulsion d'environ 150 grammes de pus, le malade fit une profonde inspiration, le pouls redevint normal et la cyanose disparut. A partir de ce moment, l'amélioration fit des progrès continuels, la blessure guérit et au mois d'août le malade complétement remis fut congédié.

Etudes sur le poids des nouveau-nés, par E. Ingerslev. — Le poids moyen de 3,450 enfants à terme pesés à la maison d'accouchements de Copenhague, a été de 3,333 gr. 5 (6 livres 66). Sur ce nombre, il y avait 1,833 garçons d'un poids moyen de 3,380 gr. 9 et 1,617 filles d'un poids moyen de 3,279 gr. 7. Les garçons dépassaient donc en moyenne les filles d'un peu plus de 100 gr. Chez 19 enfants (13 gar., 6. f.), le poids variait entre 9 et 10 livres; chez un garçon seulement il dépassait 10 livres (10 liv. 3/8).

1,723 enfants nés de primipares avaient un poids moyen de 3,254 gr., et 1,727 enfants nés de multipares pesaient 3,412 gr. en moyenne, c'est à dire 158 gr. de plus que les premiers.

Les mères âgées de moins de 19 ans semblent avoir des enfants d'un poids plus faible que les autres. D'après un tableau dans lequel est mentionné l'âge de la mère sans avoir égard au nombre des grossesses, on voit que le poids des nouveau-nés augmente avec celui de la mère jusqu'à une certaine époque (40 ans); de 40 à 45 ans le poids des enfants diminue de nouveau.

Pour déterminer l'influence du nombre des grossesses, l'auteur a dressé un tableau des poids moyens des nouveau-nés pour les différentes grossesses sans avoir égard à l'âge de la mère, en indiquant pourtant l'époque moyenne des différentes

grossesses : on y voit que le poids des enfants augmente avec le nombre des grossesses. Il y a pourtant une exception pour les filles qui naissent à la 3e grossesse; mais à la 4e et à la 5e, leur poids reprend sa progression normale. Cependant, l'âge des mères augmentant avec le nombre des grossesses, cet accroissement du poids de l'enfant pouvait aussi bien lui être rapporté.

La suite de ce travail est ainsi résumée par l'auteur : Dans les premiers jours après la naissance, l'enfant perd de son poids; cependant, on peut observer le premier jour une augmentation, si le méconium qui est évacué ordinairement avant la première pesée ne l'a pas été, ou si l'enfant a déjà été allaité; mais cette augmentation n'est que passagère, et la perte en poids s'accuse à la 2e ou 3e pesée. Elle équivaut au 1/4 ou au 1/5 du poids total et est plus considérable relativement et absolument chez les enfants des primipares, et chez les garçons que chez les filles; ceux-là la réparent, il est vrai, plus rapidement que celles-ci. Cette perte initiale est d'autant plus considérable que l'enfant est moins vigoureux, et dans les mêmes conditions l'augmentation se fait plus lentement; il en est de même pour les avortons. D'après les recherches de l'auteur, l'augmentation commence le 4e jour (le 3e pour d'autres). Les causes de la perte de poids sont en première ligne les évacuations et l'état de l'alimentation et l'assimilation. Le méconium et l'urine ne présentent que la moitié tout au plus de la perte; l'autre moitié doit avoir lieu par une autre voie, et ne peut dépendre d'une alimentation insuffisante, puisqu'une alimentation plus riche ne peut l'empêcher.

(*Revue des sciences médicales.*)

Existence de micrococcus et de bactéries sur les murs des salles d'hôpitaux. — Les analyses de l'air et les belles expériences entreprises par Pasteur à propos de l'examen de la doctrine des générations spontanées ont démontré que partout dans l'air sont répandus les germes d'organismes inférieurs : micrococcus, bactéries, etc. Dans un hôpital, l'air contient un nombre plus considérable de ces éléments, et de plus certains corps spéciaux, globules de pus, spores de parasites épiphysaires, etc., émanant des organismes malades et susceptibles de voltiger dans l'atmosphère, grâce à la légèreté résultant de leur dessiccation. C'est ainsi que vers 1865, M. Broca, ayant fait laver les murs d'une des salles de l'hôpital Saint-Antoine, découvrait des globules de pus dans le liquide exprimé de l'éponge. En 1860, M. Chalvet fut conduit à attribuer à la présence d'une algue microscopique du genre *Palmella* la coloration bleue qu'on observe souvent au voisinage des plaies. En 1861, le Dr Eisel, de Prague, plaçait entre deux lits, dans une salle occupée par 33 enfants affectés d'ophthalmie purulente, un instrument analogue à l'aéroscope de Pouchet : parmi les corpuscules de l'atmosphère recueillis sur la plaque de verre enduite de glycérine figuraient des globules de pus parfaitement reconnaissables. A ces faits et à d'autres analogues vient s'ajouter celui que M. Nepveu, chef de laboratoire de la Pitié, a récemment présenté à la Société de biologie.

Un mètre carré du mur d'une salle de chirurgie ayant été lavé après ne l'avoir pas été depuis deux ans, le liquide exprimé de l'éponge (30 gr. environ) fut examiné immédiatement après. Il était noirâtre dans toute son étendue et renfermait des micrococcus en très grande quantité (50 à 60 par champ du microscope), quelques microbactéries; de plus : des cellules épithéliales en petit nombre, quelques globules de pus, quelques globules rouges, et enfin des masses noirâtres irrégulières et des corps ovoïdes de nature inconnue. L'expérience fut entourée d'ailleurs de toutes les précautions susceptibles d'écarter les causes d'erreurs; l'éponge employée était neuve, parfaitement lavée dans de l'eau distillée toute récente.

Cet ensemble de faits donne des indications sur les éléments constitutifs de ce que l'on appelle le *poison nosocomial;* il nous permet de comprendre comment le germe d'un grand nombre de maladies se trouve dans l'air des hôpitaux et comment

ceux-ci peuvent facilement devenir de véritables foyers d'infection. Bien qu'à un moindre degré, les mêmes conditions peuvent se trouver réalisées dans la pratique civile, surtout en hiver, par suite du séjour prolongé de malades dans les lits entourés de rideaux épais et placés dans des alcôves qu'il est impossible de ventiler suffisamment.

(*Revue médicale de l'Est.*)

De l'influence des purgations et de l'inanition sur la proportion de globules rouges contenus dans le sang. — Vu l'importance qu'a prise la numération des globules rouges et blancs du liquide sanguin depuis les travaux de MM. Malassez et Hayem, M. Brouardel a cru utile de noter un fait qui peut, dans certains cas, être une cause d'erreur, et qui d'ailleurs est intéressant par lui-même.

Lorsqu'une purgation est administrée à un malade, la concentration du sang augmente en quelques heures dans une proportion très-considérable. Du jour au lendemain, le chiffre qui représente le nombre des globules rouges peut s'élever de 1 million par millimètre cube. Ordinairement la variation n'est pas aussi considérable, mais M. Brouardel l'a toujours trouvée supérieure à 200,000. Il n'est pas nécessaire que la purgation ait été suivie de garde-robes très-nombreuses; une, deux quatre selles suffisent pour enlever au sang une quantité de sérum suffisante et amener cette concentration.

En résumé, une purgation concentre le liquide sanguin, le dépouille de son sérum; cette action est transitoire, mais très-marquée. Elle soustrait au sang une partie de ses éléments; elle est l'analogue de ce que l'on eût appelé autrefois une saignée blanche.

Cette influence méconnue pourrait être une cause d'erreur dans l'interprétation des courbes de variations des globules dans les maladies.

L'inanition et la spoliation purgative ont donc le même effet : diminution du sérum, augmentation proportionnelle du chiffre des globules rouges. Si l'on voulait, ajoute M. Brouardel, rendre par une formule ultra-paradoxale le résultat de ces recherches, on pourrait le traduire ainsi : voulez-vous rendre un homme pléthorique, mettez-le à la diète et purgez-le.

Cette conclusion, révoltante pour le bon sens, prouve que la numération des globules ne donne que des résultats relatifs. Les variations qu'on observe n'ont de valeur que suivies peu à peu, et que si on tient compte d'une foule d'autres phénomènes.

(*Courrier médical.*)

Varices guéries par des injections hypodermiques d'ergotine. — M. Ortowski traita avec succès de grandes varices des extrémités inférieures, au moyen de 28 injections d'une solution d'ergotine. Dans ce but, il fit faire la solution suivante :

Ergotine,	2 grammes.
Alcool, Glycérine,	aa 8 grammes.

et faisait en sorte que chaque injection contînt environ 13 centigrammes d'ergotine.

A propos du pessaire. — M. Notta, de Lisieux, présenta à la Société de chirurgie, la relation d'un fait qui lui a semblé très-intéressant, et qui prouve que ce n'est pas toujours impunément qu'on introduit un pessaire dans la cavité vaginale, et qu'en tout cas, il ne faut pas se départir d'une certaine surveillance.... Ce n'est pas, du reste, le premier accident de ce genre dont M. Notta est le témoin. Depuis longtemps la Normandie est parcourue par un charlatan qui apparaît de temps à autre aux environs de Lisieux, non sans y laisser de ses traces. Les femmes sont nombreuses qui viennent le consulter, et pour toutes, sa prescription est identique : — un pessaire. — Pour une bronchite, un pessaire; — pour une douleur à l'épaule, un pessaire; — pour une migraine, toujours un pessaire. Le

pessaire entre ses mains est une panacée universelle; mais ce n'est pas sans que cela ne cause de terribles accidents. A ma connaissance, dans un cas, il en est résulté des abcès et des fistules intarissables qui ruinèrent la santé de la pauvre femme; dans un autre cas, c'est la mort qui survint à la suite d'une péritonite.

Rupture traumatique de l'aorte. Dans une rixe d'auberge, une femme, âgée de cinquante ans, fut atteinte d'une pierre qu'un des combattants avait lancée, elle s'affaissa, elle était morte. A l'autopsie faite par le Dr Philippson, l'aspect extérieur du cadavre ne présenta rien d'anormal. Sur le grand pectoral droit on trouva une extravasation de sang de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Dans le péricarde 60 grammes de sang liquide extravasé, et 2 centim. 1/2 au-dessus des valvules semi-lunaires une large rupture béante et transverse de la partie convexe de l'aorte dont les extrémités n'étaient plus reliées que par un pont de deux centimètres de largeur. Sur les bords, il n'y avait point de sugillation. Malgré les recherches les plus minutieuses dans les membranes de l'aorte, on ne put y découvrir aucune modification morbide ni anévrisme, etc.

Plaie pénétrante de l'abdomen avec prolapsus des intestins, par M. Subkowski (*Moskauer med. Bot.*). — Dans une rixe entre deux soldats ivres, l'un d'eux reçut un coup de couteau dans le ventre. A la région inguinale droite se trouvait une plaie longue de plus de deux pouces, pénétrante et saignant fortement, par laquelle l'intestin faisait saillie après la réduction et le sang ayant été arrêté au moyen de ligatures et par l'application locale de liqueur de perchlorure de fer, la plaie fut rapprochée par des points de suture, sans avoir obtenu la guérison par première intention, le malade guérit néanmoins en deux semaines.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE.

(Elixir manganique)

AU COCA DU PÉROU

R. Elixir de Garus	900 gr.
Elixir de coca	100 —
Sulfate de manganèse chimiq. pur	5 —

Le manganèse, succédané des préparations martiales, est employé avec succès dans les cas si nombreux où l'usage du fer est indiqué, et dans ceux aussi où ce dernier médicament échoue.

Trousseau (*Traité de thérap.*) conseille aux praticiens « de recourir au manganèse toutes les fois que le fer aura trompé leurs espérances ».

On doit prendre cet élixir à la dose d'un verre à liqueur en terminant chaque repas.

Pilules de Lupuline composées.

Lupuline	12
Sulfate de quinine	4
Extrait de quinquina	4
— de genièvre	8
Fer réduit	8
Rhubarbe pulvérisée	8
400 pilules.	

F. S. A.

Contre la spermatorrhée, 6 pilules par jour, trois avant chaque repas.

Pommade contre les engelures.

R. Laque carminée	1
Acide tannique	6
Oxyde de zinc	6
Sulfate d'alumine	12
Teinture de benjoin	30
Huile d'amandes douces	15
Axonge	75

Faites dissoudre l'acide tannique avec la laque carminée dans la teinture de benjoin; porphyrisez le sulfate d'alumine et l'oxyde de zinc avec l'huile, incorporez l'axonge.

Potion pectorale composée.

R. Soufre doré d'antimoine	0.25
Extrait d'aconit	0.50
Eau de laurier cerise	15
Potion gommeuse	120

F. S. A.

Sirop d'hypophosphite de fer.

R. Sulfate ferrique	9
Hypophosphite de soude	60
Sucre	400

Pour 600 grammes de sirop.

Faire le sulfate ferrique à chaud dans une capsule en porcelaine, puis ajouter une solution à l'hypophosphite de soude préalablement trituré dans un mortier avec un peu d'eau (incomplétement dissous). Lorsque le mélange s'est clarifié, ajouter le tout au sirop fait avec les 400 grammes de sucre et le reste des 200 grammes d'eau.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de thérapeutique et de matière médicale par Trousseau, Pidoux et Constantin Paul, 9e édition (1).

Peu d'ouvrages de médecine ont eu une destinée aussi prospère que celui dont nous avons à entretenir nos lecteurs. Le premier volume de la première édition, alors en trois volumes, parut en 1836, le deuxième en 1837, le troisième 1838. Dans un intervalle de 41 années, le traité de thérapeutique a été édité neuf fois en France. Il a, en outre, été traduit plusieurs fois aussi dans presque toutes les langues. Ce succès, aussi rare que légitime, nous dispense de faire ici une bien longue analyse de ce livre admirable, qui se trouve aujourd'hui entre les mains de tous les praticiens. Nous nous contenterons de signaler quelques-unes des améliorations qui ont été apportées dans la réédition de cette œuvre magistrale.

Une seule remarque nous permettrait, tout d'abord, de donner une idée des conditions nouvelles de cette dernière édition.

Grâce à l'intelligent concours de M. Constantin Paul, qui s'est chargé du soin de tenir ce traité au courant des nouvelles acquisitions de la thérapeutique, l'étendue de cet ouvrage se trouve notablement augmentée. Ainsi, les deux volumes qui constituaient la 5e édition (1855), et que nous prendrons pour termes de comparaison, par cette raison que nous les avons entre les mains, ces deux volumes, disons-nous, ne comptaient que 1769 pages. Dans l'édition actuelle, le nombre de ces mêmes pages se trouve élevé à 2,236. La table des matières, cette partie si importante d'un ouvrage de cette importance, qui, dans la 5e édition, était réduite à 6 pages, en compte 33 dans la 9e.

Grâce à de nombreux compléments, l'œuvre de Trousseau et Pidoux a pu être remise au courant de la science. Il n'est aucun fait nouveau en matière de thérapeutique qui n'y ait été reproduit avec des développements en rapport avec son importance et son degré d'utilité pratique.

Nous n'entreprendrons pas d'énumérer ici les nombreuses modifications et additions apportées dans cette dernière édition. Bornons nous à signaler quelques chapitres nouveaux, que nous relevons *passim*, en feuilletant alternativement les deux ouvrages, de date différente, que nous avons sous les yeux.

La matière médicale a été revue dans sa totalité. Toutes les découvertes récentes sur les principes actifs des médicaments et notamment sur les *alcaloïdes végétaux* y ont été consignées. Les auteurs ont pris soin de faire connaître également toutes les expériences qui ont été faites en vue de déterminer soit *l'action physiologique* des agents de la matière médicale, soit le *mécanisme* de leur action.

Au nombre des médicaments qui ont été l'objet d'études plus complètes, nous citerons, parmi les analeptiques, la *diastase* ou *malzine* et la *pancréatine*. Parmi les astringents, le *tannate de quinine*, le *sel de bismuth*, l'*acide phénique* et les *acidules*. La classe des altérants a été complétement

(1) Asselin éditeur, deux forts volumes élégamment cartonnés. Prix : 28 fr.

refondue. On y trouvera toutes les acquisitions récentes de la thérapeutique sur le *mercure administré par la voie sous-cutanée*, l'*iodoforme*, l'*huile de foie de morue*, l'*arsenic*, les *extraits de viande*, la *diète lactée*, les *cures de petit-lait et de raisin*, l'*eau de chaux*, le *saccharate de chaux*, le *phosphate de chaux*, la *lithine*, le *chlorhydrate d'ammoniaque*, le *chlorure de sodium* et les *bains de mer*. La classe des irritants contient des chapitres entièrement neufs sur la *cautérisation par les acides*, la *galvanocaustique thermique et chimique*, le *cantharidate de potasse* et les *injections sous cutanées irritantes*. Dans la classe des évacuants, se trouve ajoutée l'histoire de l'*apomorphine*, de l'*apocodéine*, de la *fontaine à pancher*, de l'*huile de Bankoul* et du *podophyllin*. Dans la classe des excitateurs signalons comme complétement refaite l'histoire de l'*électricité* appliquée sous toutes ses formes : *faradisation*, *galvanisation*, *courants continus*, *bains électriques*, etc. La classe des stupéfiants renferme de nouvelles indications très-précises sur le *dosage* et l'*administration des injections sous cutanées*, le *croton chloral*, l'*aconitine cristallisée*, la *ciguë* et ses *dérivés*. Parmi les excitants, il faut citer les médicaments nouveaux : *eucalyptus*, *boldo*, *jaborandi* ; et parmi les contro-stimulants la *digitaline cristallisée*. Enfin, les articles *hydrothérapie*, *parasiticides*, *antiseptiques*, *antizymotiques*, ont été mis au courant de la science.

Notons, en outre, que ce livre renferme tous les détails nécessaires sur le mode d'emploi des médicaments et leurs différentes préparations pharmaceutiques ainsi que sur les *eaux minérales*.

Une double table alphabétique, classée par maladies et par médicaments, permet au praticien de connaître immédiatement toutes les ressources que lui offre la thérapeutique dans chaque maladie.

Borné par l'espace qui nous est mesuré, nous nous voyons contraint, à regret, de nous séparer de l'œuvre importante dont nous n'avons pu donner à nos lecteurs qu'une analyse bien incomplète. Est-il besoin, du reste, de tant de paroles pour faire l'éloge d'un ouvrage qui se recommande si grandement et par le nombre de ses éditions et par les noms si autorisés de ses auteurs ? Il n'est pas un praticien désireux de se tenir à la hauteur de son art, qui ne ressentira le besoin de se procurer ce précieux ouvrage tenu, à juste titre, pour notre véritable code, en matière de thérapeutique et de matière médicale.

B.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 février 1877.

Présidence de M. Bouley.

Sur les mouvements d'inclinaison latérale du rachis. — M. Jules Guérin donne lecture de la troisième partie de son mémoire (1).

L'auteur reprend l'exposition des conditions anatomiques qui président aux mouvements d'inclinaison latérale du rachis par l'étude des muscles, qui sont les agents directs ou auxiliaires de ces mouvements.

« De l'ensemble des faits et des considérations contenus dans ce mémoire, je crois, dit M. Guérin, être fondé à tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe quatre centres d'inclinaisons latérales de la colonne vertébrale : une inclinaison occipito-atloïdienne, une in-

(1) Voir les numéros du 13 octobre 1876 et 15 février 1877.

clinaison cervico-dorsale, une inclinaison dorso-lombaire, et une inclinaison lombo-sacrée.

2° Chacun des centres d'inclinaison correspond à des dispositions articulaires spéciales, dirigées toutes dans le sens transversal, et appuyées toutes sur une partie fixe de la colonne.

3° Les portions intermédiaires de la colonne, placées entre ces différents centres d'inclinaison, offrent des dispositions décroissantes de la disposition centrale ; au dessus, une diminution de la mobilité; au dessous, une décroissance de la fixité.

4° Le système musculaire affecté à chaque mouvement d'inclinaison comprend des agents directs et spéciaux, et des agents auxiliaires et généraux : les premiers, situés et agissant directement dans le plan transversal de ce mouvement ; les seconds agissant par leur résultante intermédiaire, et venant se confondre avec l'action transversale de son ou de ses agents directs.

5° Comme accessoires et auxiliaires de chacune de ces actions localisées, il existe toujours une action harmonique et collective des muscles obéissant au système général de l'accommodation, action en vertu de laquelle l'ensemble prête son concours à l'acte particulier pour en assurer la régularité et la solidité. »

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Séance du 10 janvier 1877.

Présidence du Dr Domerc.

Installation du Bureau. — M. Henri Labarraque, président sortant, remercie ses collègues du concours bienveillant qu'ils lui ont prêté dans l'accomplissement de ses fonctions et de ses devoirs. « L'année, a dit M. Labarraque, » en terminant, a été bonne pour la » Société, qui a continué à s'accroître et » à prospérer. Cet heureux résultat est dû » à la fois à l'abondance et à l'intérêt » des travaux, qui ont attiré à la Société » le concours de plusieurs jeunes con- » frères distingués; au zèle intelligent, à » l'activité infatigable du secrétaire gé- » néral et enfin à la générosité d'un des » vice-présidents. »

En prenant place au fauteuil, M. Domerc remercie la Société de l'avoir appelé à la présider. Tous ses efforts tendront à réaliser ce triple but qu'il développe : l'amélioration du service des bureaux de bienfaisance, tant à l'avantage des malades qu'à celui des médecins; l'étude de toutes les questions de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'hygiène se rattachant à ce service; enfin, l'union de tous ses collègues, sauvegarde des intérêts professionnels. M. Domerc fait, en terminant, un chaleureux appel aux jeunes recrues de l'année, l'avenir et la force de la Société.

Ordre du jour. — Sur les rapports favorables de MM. Labarraque, père et fils, MM. Izard et Brochard sont nommés membres titulaires.

M. Passant, secrétaire général dépose sur le bureau le titre de propriété du coin destiné à frapper les médailles qui seront offertes aux membres les plus assidus aux séances et aux lauréats du concours établi par la Société. Après avoir rappelé que ce coin est dû à la générosité d'un des vice-présidents, M. Baudoin, M. le secrétaire général propose d'établir un registre sur lequel la Société inscrira les noms de ses bienfaiteurs. Cette motion est adoptée à l'unanimité.

M. de Pietra Santa appelle l'attention de la Société sur la nécessité de mettre à l'ordre du jour de chaque séance les questions relatives à l'état sanitaire des divers quartiers de la capitale.

Cette enquête, toute volontaire, et demandée tout entière à la bienveillante initiative des médecins des bureaux de bienfaisance, permettrait de faire sur une plus grande échelle, avec une autorité plus incontestable et avec des résultats pratiques plus immédiats, le travail entrepris par les soins de messieurs les médecins des hôpitaux de Paris, et résumé

dans les savants rapports trimestriels de M. le docteur Ernest Besnier.

Effectivement, si les maladies qui dominent dans les hôpitaux civils et militaires sont le reflet de celles qui règnent en proportion plus ou moins grande dans la ville, il n'en est pas moins vrai que les affections traitées à domicile par les médecins du Bureau de bienfaisance, dans les divers quartiers de Paris, donnent la physionomie réelle et caractéristique de la constitution médicale régnante.

Ces idées, se hâte d'ajouter M. de Pietra Santa, sont, pour ainsi dire, monnaie courante au milieu de vous.

M. Passant et M. Gibert avaient déjà parcouru cette route féconde d'une statistique médicale, uniforme, régulière, précise; seulement, pour atteindre un but efficace, il convient peut-être de ne pas trop exiger de détails, surtout de la part de modestes praticiens toujours fort occupés et médiocrement rétribués du fait de leurs laborieuses fonctions.

En traçant un cadre plus élémentaire, en fixant les renseignements à un nombre plus restreint de maladies, en concentrant plus spécialement les documents sur la classe des affections dites zymotiques, il serait plus facile de recueillir un enseignement plus pratique.

Les bulletins de MM. Passant et Gibert seraient donc modifiés dans ce sens.

Des exemplaires en seraient remis à tous les membres de la Société. Ceux qui ne pourraient pas assister à la séance seraient priés de les envoyer par la poste à votre zélé et laborieux secrétaire général.

Au début de la séance, dans une causerie confraternelle, sans empiéter sur l'heureux usage de la relation des observations de la policlinique, chacun apporterait le contingent de ses observations; et de l'ensemble de ces appréciations multiples, ressortirait, incontestablement, la notion précise de l'état sanitaire des divers quartiers des vingt arrondissements parisiens.

M. de Pietra Santa, rappelant le mode de fonctionnement des bureaux d'hygiène des principales villes de l'Europe, désirerait voir adopter chez nous les règles établies à Londres et à Bruxelles.

Les premières conditions d'une statistique médicale exacte résident d'une part, dans une constatation des décès, régulière et précise; de l'autre, dans une classification uniforme et peu compliquée des causes de maladies et de mort.

Pour atteindre le premier résultat, il faut adopter par voie administrative, ou mieux encore par voie gracieuse, le double diagnostic du décès *ante* et *post mortem*; *ante mortem* par le médecin traitant, qui a soigné le malade, et *post mortem* par le médecin de l'état civil chargé de la vérification de la mort réelle et de ses causes probables.

Le second résultat exige la modification profonde de la nomenclature actuelle.

Celle qui a été proposée au dernier congrès de Buda-Pesth réalise de ce chef un immense progrès.

Toutefois, le classement adopté dans le Bulletin mensuel de statistique démographique et médicale du *Journal d'Hygiène* a déjà recueilli de nombreuses adhésions et des adhésions très-autorisées.

Ce bulletin, que l'auteur n'a établi qu'après avoir profité des conseils et des préceptes de MM. W. Farr, Janssens, de Patrabany, Korosi, sans compter tous les médecins présents au dernier Congrès de Turin, a l'avantage de présenter réunis dans un seul cadre les quatre éléments primordiaux d'une étude de ce genre; 1° le mouvement de la population; 2° les observations météorologiques; 3° les causes de décès par classes et groupes de maladies, et par âges, 4° enfin la résultante de toutes les données et de tous les chiffres qui précèdent, à savoir la détermination de la constitution médicale du mois.

En terminant, M. de Pietra Santa remercie chaleureusement la Société de l'accueil empressé qu'elle a bien voulu faire à ses publications sur la matière, et de l'appui moral, constant et efficace, qu'elle daigne lui promettre pour conduire à bonne fin des aspirations communes. Il met l'organe de publicité dont il dispose, ainsi que les documents qu'il

reçoit de toutes les capitales et grandes villes de l'Europe à la disposition entière des médecins du Bureau de bienfaisance.

La partie du procès-verbal des séances, relative à l'enquête sur les conditions sanitaires de la capitale, trouvera une place digne d'elle dans le bulletin mensuel du *Journal d'Hygiène*.

Lorsque ces études, aussi ingrates qu'utiles, marchent à pas de géant dans les diverses contrées de l'Europe civilisée, la capitale de la France, studieuse et recueillie, ne peut rester en arrière dans une voie dont elle avait tracé depuis longtemps les premiers sillons.

M. Hamon rapporte un cas de policlinique obstétricale. Il s'agit d'un cas de dystocie par angustie pelvienne (1).

M. Delasiauve expose les bases d'une nouvelle classification de la folie (2).

(*Le Secrétaire*).

Dr COURTAUX.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES.

Légion d'honneur. — Viennent d'être nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. de Robert de Latour, docteur médecin ; 55 années de services médicaux. Services exceptionnels. Travaux scientifiques importants. — Morisson (François-Firmin), professeur à la Faculté de médecine de Lille ; 25 ans de services. — Leroy (Arsène-Victor-Abel), docteur, médecin de la première succursale de la Légion d'honneur ; exerce la médecine depuis vingt ans. Administrateur de la commune d'Ecouen pendant le siége, il a rendu les plus grands services à ses habitants.

***

Enseignement dans le Vénézuéla. — D'après le dernier message du Président, il y a dans le Vénézuéla 1,131 écoles fréquentées par 48,140 élèves. L'année précédente le nombre des écoles n'était que de 844, et celui des disciples d'environ 31,000. Vingt colléges viennent d'être fondés, un dans chacun des chefs-lieux des vingt Etats vénézuéliens. La bibliothèque nationale contient 36,000 volumes. Elle a été inaugurée le 26 octobre 1875.

***

La Bibliothèque de l'Académie de Médecine. — M. Dureau, sous bibliothécaire, a essayé de cataloguer les livres, mémoires, manuscrits de ladite bibliothèque. Elle est beaucoup plus importante qu'on ne le pensait. Elle compte plus de 92,000 volumes, appartenant à 54,000 ouvrages. La bibliothèque de feu M. Daremberg, qui constitue la partie la plus précieuse de cette collection et qui, faute d'espace, n'a pu encore être extraite des caisses qui la contiennent, compte 17,000 volumes. Sur l'ensemble, il y a 30,000 volumes de thèses et 7,600 volumes représentant 910 recueils périodiques. Les langues dans lesquelles sont écrits les ouvrages sont au nombre de 18. Plusieurs volumes précieux datent des premiers temps de l'imprimerie : il y a dix incunables, dit le *Bien public*. Lorsque le moment sera venu, l'Académie s'occupera de faire imprimer le catalogue et de rédiger un règlement destiné à faciliter l'usage de ces richesses et à en assurer la conservation. La bibliothèque de l'Académie a mis moins de cinquante années à se former.

***

Un abortif violent. — Le vétérinaire Haselbach, de la Silésie, en recherchant les causes des avortements qui se produisaient régulièrement chaque an-

(1) Voir le numéro du 15 janvier.

(2) L'abondance des matières nous contraint d'renvoyer au prochain numéro l'analyse du document présenté par l'éminent aliéniste.

née sur une grande échelle dans sa contrée, finit par découvrir qu'ils étaient dus à un champignon du maïs, nommé « Ustilago maïdis. » Depuis cette découverte, Haselbach emploie l'ustilago maïdis comme abortif. L'effet paraît plus assuré que celui du seigle ergoté. La dose pour les grands ruminants est de 2 gr., celle des chevaux 1 gr. dans une infusion de café; les doses peuvent être répétées de demi-heure en demi-heure.

(*Abeille méd.*)

* * *

Epizootie chevaline en Egypte. — On écrit d'Alexandrie : L'épizootie chevaline continue toujours; elle atteindra cependant bientôt sa fin naturelle, vu que des 18,000 chevaux qui peuplaient l'Egypte, il en reste à peine 1,000.

* * *

Hippophagie. — En 1875, les boucheries chevalines de Paris ont livré à l'alimentation publique 6,865 chevaux, ânes et mulets; en 1876, elles en ont livré 9,271, qui ont fourni 1,685,470 kil. de viande nette. 58 boucheries spéciales existent à Paris, dont 9 appartiennent à M. Tétard, qui a reçu une médaille d'or en récompense de son zèle.

La population de Lyon n'est pas aussi hippophage. De 4,242 chevaux, ânes et mulets, débités en 1872 dans les sept boucheries spéciales, il n'y a eu que 1,088 en 1876. L'hippophagie n'est donc pas en progrès comme dans la capitale.

* * *

Société d'autopsie mutuelle. — Sous le titre de *Société d'autopsie mutuelle*, il vient de se former, à Paris, une association qui a pour but de faciliter l'étude de l'organisme humain. Elle sera établie sur les bases suivantes :

— Chaque sociétaire déclare qu'il sera procédé à son autopsie.

— Afin de lever par avance tout obstacle qui pourrait être apporté, après sa mort, à l'exécution de sa volonté, il laissera, écrit et signé de sa main, en double exemplaire, et confiera à des personnes de son choix, avec le pieux devoir de le faire respecter, un testament conçu dans les termes suivants :

« Je soussigné, désire et veux qu'après ma mort il soit procédé à mon autopsie, afin que la découverte des vices de conformation ou des maladies héréditaires à laquelle elle pourrait donner lieu, puisse servir de guide dans l'emploi des moyens propres à en combattre le développement chez mes descendants.

» Je désire en outre que mon corps soit utilisé au profit de l'idée scientifique que j'ai poursuivie pendant ma vie. Dans ce but, je lègue mon cadavre, et notamment mon cerveau et mon crâne, au laboratoire d'anthropologie, où il sera utilisé de la façon qui semblera convenable, sans que qui que ce soit puisse faire opposition à l'exécution de ces clauses, qui sont ma volonté expresse, spontanément exprimée ici. »

Ont signé comme fondateurs :

Dr Coudereau, Dr Collineau, Dr Thulié, de Mortillet, Giry, Jacquet, Asseline, Dr Obédénard, E. Vérdn, Robert Halt, Dr Topinard, Y. Guyot, E. Barbier, Dr Delaunay, Issaurat, A. Hovelacque, Ernest Chantre, Dr Bertillon, Dr Letourneau.

Les adhésions seront reçues chez Mlle docteur Coudereau, 5, rue Marsollier, à Paris.

* * *

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population*, 1,851,992.)

Du 8 au 15 février, 961 décès ainsi répartis : variole, 0; rougeole, 6; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 35; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 54; pneumonie, 71; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 3, choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 31; croup, 27; affections puerpérales 2; affections aiguës, 263, affections chroniques, 405 (dont 177 dus à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 39; causes accidentelles, 10.

VARIÉTÉS.

La patente médicale.

La semaine dernière, lisons-nous, dans le *Scapel*, la Chambre des représentants a rejeté, par 39 voix contre 26 et une abstention, une loi sur la patente des médecins et des avocats. Les médecins restent donc assujettis à la patente, et les avocats, comme par le passé, ne la payeront pas. C'est une injustice criante : les médecins ne doivent pas, plus que les autres professions libérales, payer une patente ; pour les mêmes raisons, ils devraient en être exonérés comme elles.

En France, la Commission du budget vient d'être saisie de la même question. Mais en France, comme nous l'avons déjà fait observer, les médecins ont une puissante représentation à la Chambre des députés. Aussi, un rapport fait sur ce sujet conclut-il formellement à l'abolition de la patente pour les médecins, à moins qu'elle ne soit également imposée aux avocats. Nous reproduisons textuellement ce rapport qui sera lu avec intérêt, parce qu'il nous rend justice.

Le médecin, vous ne le savez que trop, chers confrères, paye patente ; c'est là son moindre défaut. S'il s'agissait d'une simple et pure question d'impôt, il n'y aurait guère lieu de la discuter ; l'impôt est une chose brutale, on ne discute pas avec lui, on paye.

Mais il y a, tant dans l'origine de la patente affectée à l'exercice de la profession médicale, que dans cette affectation exclusive à une seule des professions dites libérales, une anomalie qui heurte violemment tout principe d'équité ou d'égalité, en matière législative.

Quelle est, en effet, l'origine de l'organisation du système des patentes ? Cette origine remonte à une époque où la pratique de la médecine était absolument libre et était assimilée, pour ainsi dire, à une industrie quelconque pouvant être exercée par tout individu, fût-il dépourvu de toute instruction, à la seule condition de se faire délivrer une patente qui était indifféremment accordée à tout demandant.

C'est, on le sait, de 1792 à l'an II (ventôse) que cet état de choses demeura établi, en ce qui concerne la médecine ; il dura trop longtemps, on ne peut s'empêcher de le constater ; mais, depuis cette époque, l'exercice de la médecine a été soumis à des exigences de capacité, qui modifient complétement les conditions professionnelles et le droit d'exercice. Autrefois la patente représentait une sorte de licence ; mais aujourd'hui, cette formalité surannée n'a plus de raison d'être, et elle constitue, de plus, au point de vue de la répartition de l'impôt, une flagrante inégalité.

En effet, seul, disions-nous, parmi ceux qui exercent une profession libérale, le médecin est soumis à la contribution de la patente ; l'avocat, pour prendre un exemple très-approprié, échappe complétement à cet impôt. Et cependant, s'il est vrai que, selon la justification donnée en leur faveur, à ce sujet, les avocats n'ont aucune action pour le payement de leurs honoraires, ils suppléent, d'un autre côté, à ce défaut d'action par l'habitude parfaitement acceptée et passée, pour ainsi dire, dans les mœurs actuelles, d'exiger le payement anticipé de ces honoraires. Le médecin n'en saurait faire autant, sans compromettre sa dignité professionnelle ; aussi est-il souvent victime de cette impossibilité morale.

La question de la patente, en matière professionnelle, est donc une question d'urgente réforme. Cette réforme a été depuis longtemps et plusieurs fois demandée, sans succès ; elle ne pouvait manquer de fixer l'attention et les préoccupations de nos médecins législateurs. La Commission du budget a été saisie de la question, laquelle vient d'être l'objet d'un rapport, que nous nous empressons, après nos collègues de la *Gazette médicale de Bordeaux*, de mettre textuellement sous les yeux de nos lecteurs :

(*A suivre*).

Le Rédacteur en chef, gérant,
Dr HAMON (DE FRESNAY).

Paris.—Imp. de E. Donnaud, r. Cassette, 9.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 6 — 15 MARS 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HOPITAUX

—

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Leçon de M. ARCHAMBAUT.

Traitement de la coqueluche.

Beaucoup d'auteurs pensent qu'on ne peut agir efficacement contre la coqueluche, et qu'il faut l'abandonner à elle-même. Franck dit qu'on peut l'atténuer, mais non la guérir. M. Bouchut la considère comme étant très-réfractaire aux agents thérapeutiques. M. Archambaut ne partage pas cette manière de voir. Il pense qu'il est possible, non-seulement de l'atténuer, mais encore d'en abréger la durée de moitié. Ainsi, par un traitement bien entendu, on peut réduire à un mois, à six semaines, le cours de cette maladie, qui se prolonge souvent pendant plusieurs mois.

Est-ce à dire que M. Archambaut ait la prétention d'avoir trouvé le *spécifique* de la coqueluche? Les spécifiques sont rares. Il y a bien le sulfate de quinine, qui peut être considéré comme tel, dans les fièvres tierces paludéennes; l'iodure de potassium, administré contre les douleurs ostéocopes nocturnes. Dans ces conditions, ainsi que dans quelques autres cas, malheureusement trop peu communs, le médecin qui dispose de ces puissants moyens d'action, annonçant une guérison à courte échéance, peut bien passer pour un prophète. Mais il n'en est pas ainsi pour ce qui est de la coqueluche. On ne guérit pas aussi merveilleusement cette affection, mais il y a une manière telle de la traiter que, nous l'avons déjà dit, on en atténue la durée de la façon la plus notable, on s'oppose à la production de toute complication grave, on sauve, enfin, un grand nombre d'existences menacées. Pour que le traitement porte tous ses fruits, disons-le de suite, il faut qu'il soit institué de bonne heure. En un mot, il faut que le médecin intervienne dès le début de la maladie.

Ceci nous amène à dire deux mots de la *prophylaxie*.

Prophylaxie. — La première chose à faire, lorsque l'on est appelé dans une famille où se trouvent plusieurs enfants, c'est d'éloigner les sujets malades de ceux qui n'ont pas encore subi l'atteinte de la maladie. Le danger de la contagion est d'autant plus grand, les suites plus redoutables, que l'âge des petits malades est plus tendre.

M. Archambaut a observé, il y a peu de temps, un triste exemple des effets de la contagion. Il avait été appelé dans une famille composée de cinq enfants. Tous avaient été atteints tour à tour de la coqueluche. C'est en vain que les petits malades ont été dispersés, envoyés à la campagne. *Il était trop tard :* les deux plus jeunes ont succombé.

Cette affection est d'autant plus redoutable, qu'elle règne à l'état épidémique, et que la température est plus basse.

On a voulu faire de la belladone un agent prophylactique de la coqueluche : c'est une erreur. Il n'y en a qu'un, un seul : c'est *l'éloignement.*

Dans le **traitement** de la coqueluche, il faut distinguer deux périodes : la période catarrhale et la période convulsive. Evidemment, il faut en outre tenir grand compte de l'influence de l'âge, de l'intensité des accidents, de la température ambiante, etc.

En France, on est habitué à faire une trop large part à l'élément spasmodique, aux dépens de l'élément catarrhal. On peut certifier, cependant, que, telle est la période catarrhale, telle sera aussi la période convulsive. Si l'affection débute par une bronchite avec oppression marquée, ronchus abondants, on peut être certain que la coqueluche sera grave. Vient-on à réduire de moitié, ou des trois quarts, l'intensité de l'affection bronchique? On aura, par là même, diminué de moitié, des trois quarts l'intensité de la période convulsive.

Occupons-nous maintenant tour à tour de chacune des phases de la coqueluche, et indiquons, chemin faisant, les divers modes thérapeutiques qui leur sont applicables.

1° **Période catarrhale.** — La période catarrhale comporte le traitement applicable à la bronchite ordinaire.

Première précaution : le malade doit être tenu dans une chambre chauffée, en hiver, à une température de 16° à 17°. S'il existe de la fièvre, le séjour au lit est de rigueur. En même temps on administrera des tisanes émollientes, un julep contenant 0,05 à 0,10 de kermès, ou de l'oxyde blanc d'antimoine, additionné d'eau distillée de laurier-cerise.

Il faut toujours ausculter soigneusement la poitrine. Si la sécrétion envahit les bronches de petit calibre, s'il y a de l'oppression, il faut administrer les *vomitifs*. Est-ce à l'ipéca, à l'émétique, au sulfate de cuivre, etc., qu'il convient de recourir? Entre tous ces agents, c'est le premier qui doit être préféré.

L'*ipéca* présente, en effet, de grands avantages dans la thérapeutique infantile. Il produit de la transpiration, fait tomber la fièvre et ne produit aucun dérangement intestinal.

Dans l'âge le plus tendre, c'est-à-dire dans les six premiers mois de la vie, il doit être donné sous forme de sirop. A partir du cinquième ou du sixième mois, on doit recourir à la préparation suivante :

R. Sirop d'ipéca . . . . 30 gr.
Poudre id. . . . . 0,30 gr.

Une cuillerée à dessert de cinq minutes en cinq minutes, jusqu'à production de trois vomissements.

De un à deux ans, cette préparation doit subir les modifications suivantes :

R. Sirop d'ipéca. . . . . 50 gr.
Poudre id. . . . . 1 gr.

A prendre comme précédemment.

Au-dessous de deux ans, il faut s'abstenir d'administrer *l'émétique*, car, à doses vomitives, ce médicament peut donner lieu à une superpurgation cholériforme. Son emploi ne produit aucun effet utile, et il a pour inconvénient très-grave de débiliter profondément les jeunes malades.

Pour éviter ces effets nuisibles de l'émétique, Trousseau avait eu l'idée de lui substituer le *sulfate de cuivre*. Pour un très-jeune enfant, le médicament doit être ainsi formulé :

R. Sulf. de cuivre . . . 0,10 gr.
Sirop. . . . . 30 gr.

Toujours une cuillerée à dessert de cinq minutes en cinq minutes, jusqu'à effet vomitif.

Lorsque l'enfant est plus âgé, on peut élever la dose de sulfate de cuivre jusqu'à 0,40.

Ce vomitif est très-net, très-sûr et non suivi de diarrhée. Il convient toujours d'y recourir dans les cas où l'ipéca reste sans effet.

Lorsque la toux est très-pénible, il ne suffit pas de faire vomir, il faut aussi calmer cette toux.

Une excellente préparation, empruntée à West, est la suivante :

R. Vin d'ipéca . . . 0,60 gr.
Vin d'émétique . . 1,80
Elixir parégorique . 1,20 (1).

Ajouter à une potion d'une soixantaine de grammes, dont on donnera une cuillerée à dessert toutes les quatre heures. Encore une fois, ce moyen est excellent.

Combien de temps doit durer la *séquestration au lit et à la chambre?* Le plus possible. Trousseau, Rilliet et Barthez ont donné le conseil de faire sortir les malades par tous les temps. Quelle inconséquence, cependant ! S'agit-il d'une simple bronchite ? On confine les malades. Cette bronchite se complique-t-elle d'un éléments pasmodique? On les expose aux intempéries. Nous devons ajouter que, dans les dernières années de sa carrière, Trousseau en était revenu d'une telle pratique, dont il avait fini par reconnaître les dangers.

En Allemagne, on a soin de garder les malades au lit pendant tout le temps que dure la maladie.

Pour M. Archambaut, la maladie doit être faite au lit. A ce point de vue, il prêche d'exemple. Il a quatre enfants : tous les quatre ont eu la coqueluche durant l'hiver; ils ont été tenus au lit jusqu'à la guérison, c'est-à-dire pendant cinq semaines. Ce précepte est très-important.

De tous les malades qui viennent se faire traiter à l'hôpital aucun ne présente la coqueluche bénigne. Cela vient de ce préjugé, répandu dans les classes pauvres, à savoir que : *l'air est bon pour la coqueluche*. Comme ce principe n'est que trop consciencieusement mis en pratique, les enfants entrent à l'hospice avec une bronchite invétérée. Or, nous l'avons déjà fait observer, la gravité de la période convulsive se mesure à celle de la période catarrhale.

(1) L'élixir parégorique contient de l'acide benzoïque, du camphre, de l'huile d'anis, de l'extrait d'opium, macérés dans l'alcool, 10 gr. de ce médicament représentent 0,05 d'extrait d'opium. (N. d. l. R.)

Mais, dira-t-on, l'influence d'une basse température n'est pas tout dans la coqueluche, puisque cette affection se produit aussi l'été ? Le fait est vrai, mais il n'y a pas de comparaison entre les affections des deux saisons. Les épidémies de l'été ne sont jamais intenses. Celles qui se produisent l'hiver sont infiniment plus graves. Il résulte de ce qui précède qu'il faut attacher une extrême importance au traitement de la bronchite. Si cette dernière est guérie, quand survient à son tour la période convulsive, on peut être certain que cette dernière sera facile à refréner.

2° **Période spasmodique.** — Parlons d'abord des soins à donner aux petits malades durant les accès de toux.

La première chose à faire, c'est de les asseoir pendant la quinte. Si on les laissait couchés sur le dos, ils courraient risque d'étouffer. Il faut les pencher en avant, pour faciliter le rejet des glaires. S'ils n'ont pas une force d'expuition suffisante, il faut passer le doigt ou un mouchoir dans la bouche, pour en retirer les mucosités filantes, dont ils ne pourraient se débarrasser.

S'il fallait énumérer tous les antispasmodiques qui ont été préconisés contre les spasmes de la coqueluche, un volume in-8° ne pourrait suffire.

Oxyde de zinc. — L'oxyde de zinc est un bon médicament. On le prescrit à la dose de 0,30 à 0,50, dans les six premiers mois de la vie. On en élève la dose à 1 gr., 20 ; 1 gr., 50 au-dessus de deux ans. On le donne dans un julep aromatisé avec de l'eau de laurier-cerise. Une dose toutes les trois heures.

Acide cyanhydrique. — En Angleterre, on emploie beaucoup l'*acide cyanhydrique officinal*, ou dilué. Ce médicament n'est pas utilisé en France, car on en a peur, et ce n'est pas sans raison.

M. Archambaut raconte, à ce propos, un de ses exploits de jeunesse. Il préparait, avec ses amis, des boulettes de mie de pain, avec une seule goutte d'acide cyanhydrique. Ces boulettes étaient jetées sur la neige. Les pigeons du voisinage se précipitaient sur cet appât, qui n'était

pas descendu dans l'estomac, que les pauvres bêtes tombaient foudroyées sur place.

Ce n'est pas sous une telle forme, cela va de soi-même, que s'administre cette redoutable préparation. L'acide officinal est titré à 2 p. 100, c'est-à-dire que, pour 2 parties d'acide, il y a 100 parties d'eau.

Pour un petit enfant, il faut donner une demi-goutte de l'acide officinal toutes les quatre heures. On peut aller, selon l'âge et la tolérance, à la goutte entière, et même à 5 et 6 gouttes dans un julep de 30 gr., à prendre dans les 24 heures. West va jusqu'à la dose de 0,06 d'acide officinal.

C'est un médicament qui donne lieu à un apaisement soudain, et dont on peut retirer de grands avantages. Mais, il ne faut pas l'oublier, c'est un moyen dangereux. M. Archambaut l'a vu, chez deux enfants, donner lieu à des phénomènes alarmants. Ces petits malades ont poussé un petit cri, et se sont affaissés. Il convient donc de réserver ce médicament pour les fortes crises. Il faut ensuite tenir compte des erreurs qui peuvent se produire à la pharmacie. Lorsque le médecin se décide à recourir à un agent précieux, mais d'un emploi entouré de tant de dangers, il ne doit négliger aucune précaution. S'il n'est pas bien sûr du pharmacien, il est indispensable qu'il préside lui-même à la préparation du médicament, et qu'il l'administre lui-même au petit malade.

Autre recommandation. Cette préparation s'altérant très-vite, il faut avoir soin de la renouveler fréquemment.

Après toutes ces explications, on comprend les raisons qui ont empêché ce médicament de recevoir chez nous l'accueil qui lui a été fait par nos confrères d'outre-Manche, dont la pusillanimité, chacun le sait, n'est pas précisément le défaut dominant.

Musc. — Le musc est un très-bon médicament. Il a, de plus, l'avantage de n'être pas dangereux. On fait faire, comme il est de règle dans le traitement des enfants, une petite potion composée, au maximum, d'un *véhicule* de 60 gr. On y ajoute 0,15 de cette substance antispasmodique. On donne une cuillerée à dessert toutes les heures de ce julep.

Cochenille. — La petite bête qui porte ce nom serait bien étonnée, si elle se savait aussi honorablement par nous traitée. Toujours est-il que la cochenille passe pour un bon médicament, dans la coqueluche. Voici la formule d'une potion dans la composition de laquelle on la fait entrer.

R.	Poudre de cochenille....	1 gr.
	Carbonate de potasse....	1
	Sirop.....	20
	Eau distillée.....	80

On fait prendre par jour 3 à 4 cuillerées de cette potion à l'enfant.

Belladone. — La belladone a été donnée comme un spécifique de la coqueluche. Les Allemands se sont extasiés sur ses vertus. La vérité est que la belladone ne guérit pas cette affection.

On peut donner ce médicament sous diverses formes. Le sirop est une bonne préparation, mais à la condition de le formuler soi-même, pour être certain de la proportion du principe actif qu'il contient. On peut prescrire, par exemple :

R.	Extr. de belladone.....	0,10 gr.
	Sirop.....	30

Une cuillerée à café toutes les quatre heures.

La forme pilulaire convient aussi aux petits malades qui veulent bien ingérer les pilules. On fait faire des pilules contenant de 0,01 à 0,015 d'extrait.

La teinture est un excellent mode d'administration. On en fait prendre au bébé 2 gouttes toutes les quatre ou cinq heures, dans un véhicule quelconque.

Atropine. — La posologie est toujours plus exacte, quand on a recours à l'alcaloïde lui-même. Si l'on fait faire une solution titrée de 0,01 de sulfate d'atropine pour 10 grammes d'eau distillée, 20 gouttes de cette solution représentent 0,001 de médicament actif.

Au dessous de six mois, il faut donner 1/2 goutte de la solution titrée, soit 1/40e de milligramme.

Pour donner une demi-goutte d'un médicament, on en verse, supposons, une goutte dans deux cuillerées d'eau, dont on jette ensuite la moitié.

Il faut se défier de l'activité de ce médicament chez les très-jeunes sujets. M. Archambaut a vu, plusieurs fois, chez des enfants âgés de 5 mois, la peau devenir d'un rouge pourpre, les pupilles se dilater, la gorge se dessécher, en un mot, se reproduire des symptômes d'intoxication, à la suite de l'ingestion d'une demi-goutte de la solution titrée.

L'atropine est un excellent sédatif, qui calme et éloigne les quintes. Mais son emploi exige une grande circonspection.

En même temps que l'on prescrit les antispasmodiques, il ne faut pas négliger l'élément catarrhal. Il faut constamment surveiller la poitrine et revenir aux vomitifs, dès que l'on s'aperçoit que les bronches ont besoin d'être évacuées. On ne doit pas craindre de faire vomir un enfant, au besoin une et deux fois par jour. Un bon moment, pour prescrire un vomitif, c'est le soir. La poitrine bien vidée, la nuit est meilleure. Elle l'est encore davantage, si l'on fait prendre ensuite à l'enfant 0,05 de poudre de Dower.

Nous devons dire aussi quelques mots des **accidents cérébraux**, si fréquents dans la coqueluche, et qui comportent l'emploi d'antispasmodiques d'un autre ordre.

Voit-on, chez un bébé, les pouces se fléchir dans la paume de la main, les poignets se fléchir également, les gros orteils s'écarter, le pied s'étendre sur la jambe, la tête se renverser en arrière, on peut être certain qu'il va éclater une convulsion. Il est alors indiqué de recourir à un médicament précieux, mais délicat à mettre en usage. Il est précieux, car il peut sauver un petit malade. Il est délicat, car si la mort survient par le fait de la crise, on manque rarement d'accuser celui qui l'a employé. Il est cependant du droit du médecin de recourir à ce puissant auxiliaire. En effet, au moment d'une convulsion, ce qui est surtout à redouter, c'est le spasme de la glotte. Si ce terrible accident n'est pas aussitôt conjuré, la mort arrive en un rien de temps. Or, ce médicament peut calmer très-rapidement les accidents convulsifs. Cet agent, si efficace, c'est le *chloroforme*.

Pour combattre l'élément spasmodique, il faut administrer conjointement le *musc* et le *bromure de potassium*, ce dernier à la dose de 0,20 toutes les 4 à 6 heures. Un bébé peut en ingérer, sans nul inconvénient, 1 gr. dans les 24 heures.

Il est un accident qu'il faut toujours être prêt à combattre, dans la période convulsive de la coqueluche. C'est la *congestion pulmonaire*. Elle se traite comme si l'affection spasmodique n'existait pas. En pareils cas, il est un révulsif qu'il faut bien se garder d'employer chez les jeunes sujets. C'est le *papier Rigollot*. Il fait, sur ces peaux si fines et si délicates, l'effet d'un vésicatoire à l'eau bouillante, ou d'un marteau de Mayor. Un moyen beaucoup moins violent et très-efficace est le suivant : on fait un *cataplasme simple*, que l'on saupoudre de *farine de moutarde*. On retire aussi d'excellents effets de l'application de quelques *ventouses* de *caoutchouc*. On a, enfin, recours au *kermès*, à *l'ipéca* et aux autres agents d'un même ordre d'action.

La question des *révulsifs* et des *vésicatoires* a été très-débattue. Ce sont, en effet, des moyens douloureux pour les petits malades. Quand on a recours aux vésicatoires, il ne faut pas oublier que, chez les enfants d'un an, une heure d'application suffit. Au bout de ce court laps de temps, la peau est rouge, mais il ne s'est pas développé de phlyctène. Celle-ci ne se forme que six heures après, sous le papier brouillard, que l'on a substitué à l'épispastique. Le vésicatoire est un bon moyen dans l'apyrexie, mais il faut se garder d'y recourir, s'il existe de la fièvre. C'est que, par la douleur qu'il produit, il peut déterminer des convulsions.

Cautérisation locale. On a proposé de

traiter la coqueluche par la cautérisation de l'arrière-gorge, et même du larynx. On a employé, dans cet objet, l'*ammoniaque* étendue de moitié d'eau, le *nitrate d'argent*, à la dose de 0,50 à 1,50 pour 30 gr. d'eau. Ces attouchements, portés jusqu'à l'isthme du gosier, sont quelquefois utiles. Des praticiens plus téméraires ont osé pénétrer dans le larynx lui-même. Cette cautérisation peut avoir pour effet de produire le gonflement et l'occlusion de la glotte, et de déterminer la mort. M. Archambaut en a vu de tristes exemples. C'est donc là un moyen dangereux et dont il convient de se défier.

Les *émanations du gaz* ont été longtemps en grand honneur à Paris, dans le traitement de la coqueluche. On n'en parle plus dans la capitale, mais c'est toujours un moyen fort en vogue dans la province. Voyons ce qu'il y a de bon et de mauvais, en somme, dans ce mode thérapeutique.

Ces émanations gazeuses sont constituées par des produits de toute nature. Leur action est très-vive sur les muqueuses. Les sujets, non habitués, qui y sont exposés, pleurent et toussent. Il peut devenir très-bon ou très-mauvais de soumettre des enfants à de telles causes d'irritation. Elles sont susceptibles de produire des bronchites, des pneumonies, des broncho-pneumonies, qui ne se seraient pas développées, si le petit malade était resté confiné à la chambre. Il faut interdire absolument l'accès du gazomètre pendant toute la période croissante de la maladie, et pendant le temps froid. Au contraire, on peut en retirer un bénéfice réel dans la période décroissante de l'affection car l'action irritante des gaz détermine l'expulsion des produits de sécrétion bronchique.

Le *changement d'air* a aussi été chaleureusement préconisé dans le traitement de la coqueluche. Certaines névroses se trouvent, en effet, très-bien d'un déplacement. Il n'en est point qui soit aussi favorablement influencée par ce moyen que l'*asthme*. On voit même, à cet égard, les choses les plus bizarres. M. Archambaut a connu un riche négociant qui se portait à merveille dans l'humide et marécageuse capitale de la Hollande, et qui prenait de l'asthme chaque fois qu'il venait à Paris. Il a vu cette névrose disparaître ou reparaître, par le seul fait d'un changement de rue. En principe, c'est donc une excellente chose que de changer d'air. Dans la coqueluche, toutefois, il est bon de *ne déplacer les enfants qu'à la période de déclin*, c'est-à-dire au bout de cinq à six semaines de la maladie, en un mot, alors que le catarrhe est à peu près tari.

C'est à ce moment que West donne avec succès l'*alun* à la dose de 0,15 à 0,20, associé au sirop de pavot.

Pour donner des forces aux enfants, on se trouve très-bien, à ce moment, de leur donner du quinquina, du protosulfate de fer, du vin de Bagnols de St-Raphaël, et d'insister sur une bonne alimentation.

Deux mots, en terminant, sur l'importante question de l'*alimentation*.

Il ne faut pas perdre de vue ce point si capital : les enfants vomissent à chaque quinte de toux, c'est-à-dire parfois plus souvent que toutes les heures. C'est au moment du réveil que, d'ordinaire, les quintes sont les plus violentes. Eh bien! en pareils cas, l'indication est précise, et elle doit être prise comme règle générale de conduite. *A quelque heure qu'ait lieu la toux, il faut la laisser s'épuiser avant de donner à manger aux enfants*. Viennent-ils à rendre leurs aliments? Il faut laisser la toux se calmer, et donner alors encore de la nourriture. Cette recommandation domine, en quelque sorte, toute la thérapeutique de la coqueluche. C'est parce que l'on n'a pas compris ce mode, si simple, de faire accepter et conserver les aliments aux petits malades, qu'on en voit un si grand nombre succomber aux suites de l'exténuation.

Il ne faut pas l'oublier, chez les sujets prédisposés, l'inanition, par une pente fatale, conduit à la tuberculisation.

Dr F. Renoux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Leçon clinique de M. Gosselin.

A propos de deux malades affectés d'ulcères aux jambes.

Rien de plus commun, dans la pratique, que de rencontrer des ulcères, surtout aux jambes. En présence d'une affection de cette nature, il y a lieu de se poser trois questions.

La première, la plus simple en apparence, est cependant de nature à embarrasser le praticien inexpérimenté : s'agit-il d'une plaie, ou d'un ulcère? La distinction est facile, mais encore faut-il savoir l'établir, et plus d'un jeune praticien, sans doute, de prime abord, ne serait pas sans être surpris, par la simplicité même de la question.

La différence qui existe entre une plaie et un ulcère tient au mode selon lequel s'est produite la solution de continuité de la peau et des parties sous-jacentes. Dans la première, cette solution de continuité a été le fait d'un instrument vulnérant. Dans le second, elle est due à la destruction spontanée des tissus, sous l'influence d'une cause pathologique. Le résultat de ce travail d'absorption est la disparition des tissus et leur expulsion, sous forme de molécules qui, souvent, échappent à la vue.

Cette première distinction établie, le diagnostic *ulcère* étant posé, une seconde question non moins importante se présente à l'esprit. Cet ulcère est-il en voie de destruction; est-il, au contraire, en voie de réparation?

Il est, enfin, une troisième question, non moins capitale en clinique, que doit aussi, tout d'abord, se poser le praticien. Elle se rattache à l'étiologie de l'affection. Sous l'influence de quelle cause s'est produite l'ulcération? Cette cause a-t-elle été générale ou locale? A-t-elle été à la fois générale et locale?

Il y a, précisément, dans la salle des hommes, deux malades qui vont nous permettre de faire l'application clinique des considérations qui précèdent.

Un de ces malades, occupant le n° 11, est âgé de vingt-huit ans. Il est atteint d'un vaste ulcère par travail pathologique. Cet ulcère est arrondi, à bords taillés à pic. Le fond de la solution de continuité est grisâtre, par suite de la vascularisation anomale de la membrane pyogénique. Pas d'eschares appréciables. L'ulcère fournit une matière purulente liquide, riche en leucocythes, offrant quelque analogie avec l'ichor de la dégénérescence cancéreuse. Sa surface est parsemée de petits caillots sanguins, exhalés par la membrane pyogénique, et provenant de la déchirure des vaisseaux capillaires.

En présence de ces caractères, il devient facile de répondre à la première des trois questions qu'il convient toujours de se poser en pareil cas. Il s'agit manifestement, non d'une plaie, mais d'un ulcère.

Seconde question : cet ulcère est-il en voie de destruction ou de réparation? Les bords sont taillés à pic; le fond est grisâtre, granuleux; le produit a l'apparence de l'ichor, et non du pus louable. Depuis quatre semaines que l'affection a pris naissance, le malade n'a pu constater que de la tendance à l'aggravation. Donc l'ulcère est en voie de progrès ou de destruction.

Troisième question : La solution de continuité est-elle due à une cause locale ou générale?

Cet homme est essentiellement variqueux. Il a des varices aux jambes, aux cuisses, aux parois abdominales. Il a même des varicocèles. Cependant les varices des jambes sont peu développées. Il est vrai que le malade est actuellement couché, et que, pour sûr, le volume des veines serait plus développé sous l'influence de la marche et de la station verticale. Il est sans doute aussi atteint de varices profondes, mais ces dernières ont peu d'influence sur la production des ulcères. Malgré ce développement peu marqué du système veineux superficiel de la jambe, il n'en est pas moins évident que c'est à une telle

source que doit surtout remonter l'origine de l'affection qui nous occupe.

Les personnes atteintes de varices aux jambes, sous l'influence de la station prolongée, sont très-sujettes aux dermites, par suite de la stase du sang dans les capillaires de la peau. Le sang a peine à remonter dans les veines, eu égard à l'insuffisance des valvules. Dans ces conditions, sous l'influence d'une chute, d'un coup, d'un frottement réitéré ou trop énergique, on voit survenir un érythème, un eczéma, un furoncle, un ecthyma. Cette peau, très-susceptible, est disposée à une suppuration circonscrite ou diffuse. Il se produit une petite plaie qui a tendance à s'agrandir, et l'ulcère est formé.

C'est ainsi que les choses se passent chez les variqueux. Mais, à cet état local, s'adjoint souvent un état constitutionnel, prédisposant à l'ulcération, qui peut reconnaître une cause mixte.

Chez notre malade, quelle pourrait être la cause générale? La syphilis peut-elle être mise en suspicion? La forme ronde de l'ulcère rappelle assez un des caractères d'une manifestation secondaire ou tertiaire de la vérole constitutionnelle. Interrogé sur ce point, le malade ne fournit que des renseignements négatifs.

Il convient donc de chercher ailleurs.

Cet homme a fait la guerre. Il a subi des privations, mais il dit n'avoir pas été atteint de scorbut. Il n'est pas, non plus, alcoolique.

La nature de sa profession peut-elle être pour quelque chose dans la production de son affection?

Il ne travaille ni le plomb, ni le mercure. Il est doreur de cadres et de glaces, et manie le cyanure de potassium et le nitrate de mercure. Mais l'influence nuisible de ces produits ne semble pas établie, au point de vue qui nous occupe. On ne peut guère invoquer ici la station verticale prolongée, qu'exige le travail se rattachant à cette profession, et la fatigue qui en est la conséquence, comme causes agissant sur la constitution d'une manière défavorable.

En somme, en dehors de l'état chloro-anémique très-accentué de ce malade (condition dont il faut tenir grand compte en clinique), on ne peut faire intervenir chez lui aucune cause générale bien justifiée.

Si, de ce sujet, nous passons à celui qui occupe le n° 29, nous allons avoir à noter des différences aussi nettes qu'instructives.

Cet homme, âgé de trente-huit ans, est boulanger de profession. Son ulcère date de sept à huit mois. Il est encore dans la période de progrès.

Les caractères de l'ulcère sont à peu près les mêmes que chez l'autre malade, mais on voit se dessiner ici des caractères de voisinage moins rassurants pour l'avenir.

La peau confinant à l'ulcération est rouge, chaude et luisante, dans une grande étendue, avec engorgement des ganglions lymphatiques. Il existe donc, chez ce sujet, une dermite érythémateuse. Là où tient surtout la gravité de la situation, c'est que, autour de l'ulcère, la peau ne glisse pas sur le tibia ni sur l'aponévrose jambière. Ce n'est pas de la sclérodermie; seulement, le tissu cellulaire sous-cutané est dense, et établit des adhérences entre la peau et les tissus profonds. L'enveloppe cutanée périphérique se prête donc mal au travail de retrait de la membrane progénique. En pareils cas, la peau glisse mal dans les mouvements du membre, ce qui la prédispose à de faciles déchirures. Il faut voir, dans cet état de l'enveloppe tégumentaire, une aggravation du pronostic tant immédiat que pour le temps à venir.

Ce n'est pas tout. Ce malade est aussi porteur de cinq ou six autres petits ulcères analogues aux manifestations syphilitiques, ulcères engendrés par les mêmes causes locales et générales. Ces complications ne sont pas graves par elles-mêmes. Elles guériront même assez vite. Elles indiquent seulement un état général défavorable, qui permet de redouter une récidive à plus ou moins courte échéance.

Il faut encore noter, chez ce sujet,

comme nouvelle circonstance aggravante, un commencement d'hypertrophie du tibia.

Il y a cinq ans, cet homme a déjà été atteint d'un ulcère qui s'est assez vite cicatrisé. Mais, depuis lors, la peau est restée susceptible. L'inflammation s'est propagée au périoste et aux couches superficielles de l'os. Il y a un peu d'hypérostose. Ainsi que nous l'avons déjà fait observer, le tissu cicatriciel a contracté des adhérences avec le tibia. La peau, enveloppant un os devenu plus volumineux, est aussi devenue elle-même trop étroite et inextensible, alors qu'elle devrait être plus large et plus souple.

Ce sont là autant de conditions locales qui permettent d'assurer que, chez ce sujet, la guérison ne saurait être durable.

Le pronostic devient encore plus grave, si l'on tient compte des mauvaises conditions générales du malade.

Il est pâle, chloro-anémique à l'excès, et a un aspect mauvais, voisin de la cachexie. Il a été atteint de pleurésie il y a trois ans. Derrière cette affectation il est à craindre que soient cachés des tubercules. En ce moment, aucun signe sensible n'en décèle la présence. Mais il est fort à redouter que cette terrible complication ne fasse explosion au premier jour.

Il y a peu de chose à dire sur le *traitement* des ulcères variqueux.

Les malades qui en sont atteints doivent conserver la *position horizontale* le plus longtemps possible. Ils ne devraient pas un instant reposer les pieds à terre, pour ainsi dire, jusqu'à l'époque de la complète cicatrisation de l'ulcère. Cette attitude, on le comprend, a pour effet de prévenir la stase veineuse, et de faciliter la libre circulation du sang. A ce moyen de premier ordre il faut ajouter l'emploi des cataplasmes, qui ont pour avantage marqué de faciliter la réparation.

Lorsque les malades ne présentent aucune diathèse susceptible de comporter l'emploi d'un spécifique approprié, et qu'on ne remarque chez eux, ainsi que chez les sujets dont nous venons de tracer l'histoire, qu'un état de dépérissement, de chloro-anémie, il est nécessaire de les soumettre à une médication analeptique, et de leur prescrire en même temps, du fer, du vin de Bagnols, du vin de quinquina.

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

—

La quinine dans la médecine des enfants, spécialement dans les maladies fébriles, par le Dr Rapmund.

La quinine et l'eau froide sont les deux plus puissants remèdes anti-pyrétiques ; mais, comme médecine de campagne, l'eau froide n'est guère applicable. Il faut alors avoir recours à la quinine.

Le haut prix et le mauvais goût de la quinine l'ont, jusqu'à ces derniers temps, empêchée d'occuper dans la pratique des enfants, et surtout de la première enfance, le rôle qu'elle mérite.

Toutefois, plusieurs médecins le préconisèrent, et si M. Rapmund n'a rien de bien nouveau à en dire, il est en état de confirmer, par des faits pratiques, ce qui en a été dit, et d'engager par là, à faire de nouvelles expériences avec cet alcaloïde.

Basé sur ses expériences, se rapportant à l'emploi de la quinine dans les affections fébriles de l'enfance (*Jahrbuecher fuer Kinderheilkunde*), le docteur E. Hagenbach (de Bâle) conclut que ce médicament ne se borne pas à abaisser considérablement la température, le nombre des pulsations et tous les autres symptômes dépendant de la fièvre. Il fait plus : en maintenant les forces, en abrégeant la convalescence, il agit comme tonique. M. Rapmund appuie ces conclusions sur ses observations personnelles, qui concernent presque exclusivement des enfants de la première dentition. De son côté, Hagenbach a expérimenté ce modificateur sur vingt-huit

malades, vingt d'entre eux étaient âgés de six à quinze ans.

M. Rapmund a utilisé la quinine dans les maladies fébriles :

Dans quatre cas de scarlatine, les enfants étaient âgés de trois à sept ans.

Dans onze cas de rougeole, les malades avaient de six mois à six ans.

Chez deux enfants de deux et quatre ans, atteints de varioloïde.

Dans trois cas d'érysipèle ambulant, les malades étaient âgés de trois mois à un an ; un décès a été à enregistrer.

Dans neuf cas de pneumonie lobulaire, les enfants étaient âgés de quatre à dix-huit mois, il y a eu deux décès.

Chez trois enfants de trois à sept mois, atteints d'entérite folliculeuse, un décès a été à regretter.

Les quinze premiers cas ci-dessus peuvent être réunis, car ce n'est que dans les cas graves de fièvre éruptive (intensité de la fièvre ou complications) qu'on a recours au médecin.

S'agissant donc de cas graves, l'auteur peut affirmer que la quinine agit d'une manière à ce point sédative, que souvent on lui a demandé s'il n'avait pas prescrit un narcotique. La convalescence a été généralement très-rapide et n'a été troublée par aucune complication.

Quant à l'érysipèle ambulant, sa gravité est trop connue à cet âge pour que les résultats obtenus ne soient très-encourageants. Vogel déclare que c'est le seul médicament dont il a été donné de constater de bons résultats.

Les trois enfants traités par Rapmund ont pris, selon l'intensité de la fièvre, une ou deux fois par jour, un décigramme d'hydrochlorate de morphine, jusqu'à ce que la fièvre fût tombée, et que l'érysipèle fût arrêté. Ici la quinine agit comme tonique et fortifiant, bien plus que comme fébrifuge. Il ne faut pas non plus oublier son effet hypnotique.

C'est dans la pneumonie lobulaire qu'il obtint les plus beaux résultats. Dans cette affection, les malades meurent en première ligne d'insuffisance du cœur, à laquelle la quinine peut s'opposer victorieusement, pourvu qu'on commence à l'employer à temps, c'est-à-dire avant le commencement de la faiblesse du cœur; au contraire, si les petits malades sont déjà froids, pâles et légèrement cyanotiques, on ne peut en obtenir aucun bon résultat.

Les deux enfants, que l'auteur a perdus, présentaient une pneumonie catarrhale, suite d'une coqueluche déjà ancienne. Pour ce qui est de l'alimentation, elle doit être liquide.

Si M. Rapmund n'a jamais traité par la quinine les enfants au-dessous de six ans, atteints de fièvre typhoïde, il a obtenu de très-beaux résultats au-dessus de cet âge.

Sous le nom d'entérite folliculeuse, ce médecin désigne la maladie qu'on observe si fréquemment chez les enfants nourris artificiellement. Dans un de ces cas, il fit prendre un extrait de viande préparé sans eau. Dans les deux autres cas, dont un s'est terminé par la mort, il a eu recours à la nourriture Liebig. Comme traitement consécutif, il recommande le fer dialysé, à la dose de deux ou trois gouttes.

Quant à la coqueluche, l'auteur a eu recours à la quinine trente-quatre fois, aux âges suivants :

Cinq fois	de 0 à 1 an	(1 décès par pneum. lob.)
Huit —	de 1 à 2 ans	id.
Douze —	de 2 à 3 —	tous guéris
Trois —	de 3 à 4 —	id.
Quatre —	de 4 à 5 —	id.
Deux —	de 5 à 6 —	id.

Dans aucun cas, la maladie ne fut jugulée, ni même notablement diminuée ; mais le nombre des accès a été de beaucoup diminué, leur violence a été beaucoup moindre. Les enfants ont eu aussi des nuits beaucoup plus tranquilles qu'auparavant. Dans les cas où survint, soit une pneumonie lobulaire, soit un catarrhe aigu de l'estomac, la quinine a rendu des services très-marqués.

Terminons par quelques mots sur la dose et le mode de prescrire la quinine chez les enfants.

M. Rapmund a toujours prescrit l'hy-

drochlorate de quinine en solution, à la dose de 5 à 10 centigrammes pour chaque année de la vie; dans la coqueluche, deux fois par jour; dans les maladies fébriles, une ou deux fois, selon l'intensité de la fièvre. L'hydrochlorate de quinine se dissout complétement, mais il est toujours d'une amertume extrême; aussi le prescrit-il dans : glycérine et eau *ââ*, et cela de telle sorte qu'une cuillerée à café de solution contienne la dose voulue de ce sel de quinine.

Au moment de donner cette solution, pour que les enfants la prennent sans difficulté, on y ajoute la même quantité de café noir, qui en enlève un peu l'amertume.

Dans les cas assez rares, où ce remède n'est pas supporté par les malades qui le rendent presque aussitôt pris, M. Rapmund le prescrit en lavement, mais à double dose également dans de la glycérine; ce lavement ne doit pas contenir plus de 30 à 50 grammes de liquide; sinon, il ne serait pas conservé.

Dr CORNAZ.
De Neufchatel (Suisse).

Simple note sur le tamponnement direct de l'orifice cervical, pour la répression de la métrorrhagie (1).

Le tamponnement direct de l'orifice cervical est quelquefois employé avec avantage, pour réprimer la métrorrhagie. Nous avouons ne pas bien comprendre, en pareils cas, la nécessité de l'enroulement du corps dilatant dans une sorte de chemise d'amadou imbibé de perchlorure de fer, mode que conseille notre honorable confrère, M. le Dr Créquy. Le fil destiné à maintenir l'agaric ne peut que mettre obstacle à la distension de ce corps dilatant, quel qu'il soit. Ce dernier, en effet, n'agit absolument que par la compression excentrique qu'il détermine. L'addition de l'amadou perchloruré nous semble donc absolument inutile.

Dans les cas de cette nature, c'est à l'éponge préparée que nous avons nous-même recours de préférence. Nous lui devons quelques beaux succès, dans la répression des métrorrhagies incoercibles par les modes thérapeutiques habituellement en usage.

Le *modus faciendi* est bien simple. On introduit, à l'aide d'une pince, une éponge préparée, de forme conique, munie d'un fil résistant, destiné à en faciliter le retrait, dans l'orifice cervical plus ou moins ouvert. Cette véritable tente est maintenue à l'aide d'un ou de plusieurs tampons de ouate, placés dans le vagin, au travers du spéculum. Le séjour de la malade au lit, jusqu'au moment de l'enlèvement de l'appareil, est de rigueur.

Ce moment arrivé, pour éviter tout pincement des parties molles, on engage le spéculum jusqu'au contact du corps obturant, que l'on saisit avec la pince, puis on retire à la fois et le tampon et le spéculum. Cette manœuvre doit être répétée autant de fois qu'il est nécessaire. Quant à la tente, on l'enlève au moyen du fil, saisi à son tour entre les mors de la pince.

Il est bon de le faire observer : les choses ne se passent pas toujours avec une telle simplicité. Il peut se faire, surtout alors que le col est *vierge*, que l'éponge soit *avalée* par l'utérus. Cette mésaventure nous est arrivée il y a quelque temps. L'application d'une seconde éponge est devenue indispensable pour faciliter l'extraction de la première. Nous reviendrons quelque jour sur ce fait, qui est digne d'une mention plus détaillée.

Cette particularité nous remet en mémoire une mésaventure d'un tel genre, arrivée naguère à un brave confrère, qui n'a pas eu à se féliciter de l'emploi de cet agent d'hémostase.

Une de ses malades était en proie à une métrorrhagie incoercible. Le confrère en question, à bout de moyens, appliqua dans le méat utérin une éponge

(1) Voir le numéro du 1er mars, page 119.

qu'il crut suffisamment assujettir au moyen d'un tampon de ouate. Il considéra comme inutile de conseiller le séjour au lit ou à la chambre. La malade en prit donc à son aise, et fut vaquer au loin à ses affaires. Chemin faisant, elle perdit son tampon. La perte de sang ne se reproduisant pas, on ne se préoccupa pas davantage de cette circonstance, estimant, sans doute, que l'éponge était ressortie avec le tampon.

Au bout de quelques jours, survinrent des malaises, de la fièvre, des écoulements vaginaux fétides. Inquiète de son état, cette dame prit le parti d'aller consulter un chirurgien distingué, qui, exploration faite, crut à un *polype gangrené*. L'opération décidée se fit devant un grand concours d'élèves. Mais, voyez d'ici la mystification de l'opérateur! Le soi-disant polype, extrait par lui, non sans de grandes difficultés, n'était autre que la fameuse, l'infecte éponge, laissée dans l'utérus par le malencontreux confrère, qui n'avait pas pris soin d'explorer attentivement l'organe, au sein duquel il lui eût été facile de constater sa présence!

Nous avons pensé qu'il serait intéressant pour nos lecteurs de leur narrer cette curieuse histoire, que nous avons recueillie, il y a quelques jours, de la bouche même de la malade.

Nous ne dirons pas la façon dont cette dernière a jugé bon d'éluder la question de l'*honorarium*. Qu'il nous suffise de dire que ce mode de procéder nous a paru de nature à motiver notre propre retraite.

La conclusion de cette simple note est celle-ci : lorsque l'on a recours à l'éponge préparée pour opérer l'occlusion, le tamponnement de l'orifice cervical de l'utérus, il faut en surveiller attentivement l'emploi.

Dr Hamon.

Nouvelle classification de la folie.

M. Delasiauve expose les bases d'une nouvelle classification de la folie.

Elle s'appuie sur la psychologie et la clinique. Traitant d'abord le sujet historiquement, il montre que, depuis Pinel jusqu'à nos jours, toutes les nomenclatures qui ont été produites reposent sur le seul empirisme. La clinique ne donne que les symptômes ; on a conclu sans les transformer en signes. Les données psychologiques ont été presque systématiquement négligées. Qu'est cependant la folie, sinon la déviation des manifestations psychiques? Chacun a jugé selon ses impressions : de là l'absence de vues communes.

Dès le principe, M. Delasiauve a constaté cette insuffisance. En 1841, il lisait à l'Académie de médecine un premier travail sur la théorie de l'aliénation mentale, s'efforçant d'appliquer à l'interprétation des anomalies morbides les notions fournies par l'étude des fonctions normales.

Deux ans plus tard, lorsque, promu à une section des aliénés de Bicêtre, il eut charge d'âmes, il commença par analyser une série de cas les plus divers et, guidé par son étude antérieure, en rechercher l'idéal pathogénique. Sa doctrine n'en fut pas seulement confirmée. Il devint patent pour lui qu'en se bornant aux constatations cliniques, on s'était arrêté en chemin, et que le but n'avait point été atteint.

Il s'aperçut bientôt, en effet, que les genres n'étaient pas exactement délimités et que, les apparences n'étant pas la preuve d'une similitude, on réunissait dans le même cadre des cas réellement disparates. Saisissant, au contraire, des analogies et des différences scientifiques, il fut conduit à ce double résultat : de justifier par de nouvelles divisions psycho-morbides le rôle des facultés, et, par induction, pressant ce rôle, de retrouver ces mêmes divisions. Trente ans et plus n'ont fait, par la facilité d'assigner à tous les cas leur place naturelle, que confirmer l'accord de la théorie et de l'expérience.

M. Delasiauve ne s'égare point dans le dédale des entités psychiques. Le fonctionnement mental est un fait palpable.

C'est lui qu'il envisage dans l'ordre régulier ou morbide. Tout d'abord il constate son aspect syllogistique. On raisonne avec tous les modes du mal, et à tout propos. L'enchaînement des pensées forme la base des raisonnements. A un autre titre, apparaissent les idées, les impressions, les sentiments, les affections, etc. Les idées sont les matériaux du travail qui s'accomplit sous l'impulsion des sentiments et qu'il a qualifiés *mobiles*. A la solidarité des pouvoirs qui concourent à l'action syllogistique s'oppose l'indépendance notoire des idées et des sentiments. Les sujets se succèdent sur la scène intellectuelle, sans se ressembler.

Or, tenant compte de cette distinction, on présume aisément que, si le point de départ de la folie est dans le trouble du fonctionnement syllogistique, le délire, quel que soit son caractère, affectera une forme générale; que si, au contraire, ce fonctionnement étant respecté, le dérangement mental dépend de l'altération d'un ou de plusieurs mobiles, il y aura délire partiel, permettant l'exercice normal avec les portions saines, et se distinguant même en cela que l'action se mettra au service des portions altérées, de façon à *déraisonner en raisonnant*.

Ce qui a lieu effectivement. M. Delasiauve, déroulant l'évolution de son étude, discute, chemin faisant, contradictoirement, les elucubrations des auteurs, en particulier d'Esquirol, de Ferrus, de Falret, de Baillarger, de Rousselin, de Morel, de Griesinger, etc. Il conclut, enfin, par la démonstration des genres et variétés par lui admises et rangées dans deux catégories principales:

ALIÉNATIONS GÉNÉRALES.

Manie	Excitation maniaque.
	Manie.
	Incohérente.
Démence.	Spontanée.
	Symptomatique.
	Consécutive.
Stupidités	Simple.
Obscurions	Délire épileptique.
Chaos	Delirium tremens.
Hébétude	Par substance délétère.
—	Moyenne (lypémanie).
—	Légère (apparence de monomanie).

PARALYSIE GÉNÉRALE

Folie circulaire ou à double forme.

ALIÉNATIONS PARTIELLES.

Pseudomonomanie ou délire partiel diffus.
Monomanie ou délire partiel fixe ou systématisé.

Idiotie	Insuffisants.
	Mobiles, simples.
	Imbéciles.
	Idiots.

Démence partielle (1).

Le vin de Saint-Raphaël et les vins de quinquina, par le Dr Xavier Blanchin.

Parmi les substances qui sont employées, soit comme aliments, soit comme médicaments, celles que la nature pourra fournir directement seront toujours préférées et préférables à celles qui sont plus ou moins les produits de l'art.

Quel est, en effet, le médicament contre les maladies de poitrine, par exemple, qui vaille les Eaux sulfureuses naturelles? Quelles sont les préparations pharmaceutiques du fer, si nombreuses contre l'anémie, qui vaillent la plus simple des Eaux ferrugineuses naturelles? Quel liquide a-t-on imaginé et fabriqué qui, pour l'hygiène alimentaire, puisse être comparé au vin?

Si l'observation venait à démontrer que le vin de Saint-Raphaël, dans sa pureté naturelle, équivaut au vin de quinquina, quel médecin ne l'ordonnerait de préférence au vin de quinquina fabriqué à l'officine?

D'où est partie cette idée, que le vin de Saint-Raphaël est un vin de quinquina naturel et plus agréable à prendre que le vin de quinquina artificiel? Des cliniques des hôpitaux, où il s'emploie depuis trente ans, et où l'on s'est aperçu, à l'usage, qu'il pouvait, avec avantage, servir de succédané au vin de quinquina pharmaceutique.

(1) Voir le numéro du 1er mars, page 136.

L'*Union médicale*, se fondant sur ces faits, émettait, il y a quelque temps, l'opinion suivante : « Tous les jours, dans « les hôpitaux de Paris, on emploie « pour ranimer les forces, et pour rele- « ver l'énergie des fonctions nutritives « affaiblies par l'âge ou les maladies, « soit le vin de quinquina, soit le vin « de Saint-Raphaël, qui réussissent éga- « lement bien dans toutes conditions « similaires où ils sont prescrits. Or, le « vin de Saint-Raphaël est le vin le « plus riche en tannin que l'on con- « naisse : on peut dire que c'est un vin « de quinquina naturel. On peut même « s'assurer, par les procédés employés « pour doser le tannin, que le vin de « Saint-Raphaël contient autant de ce « principe que les vins de quinquina « les mieux préparés par la pharmacie. »

« Le vin de Saint-Raphaël, ajoute en « terminant le même auteur, l'emporte « sur le vin de quinquina par une sa- « veur infiniment plus agréable. Il n'est « pas de remède plus apprécié par les « malades, qui l'emploient à la fin de « chaque repas, aux doses modérées de « 25 à 30 grammes, ou environ un demi « verre à Bordeaux. »

Ainsi donc, si, dans l'hygiène alimentaire, on doit se féliciter d'avoir à sa disposition un vin de liqueur naturel pour faciliter la digestion, à plus forte raison, le médecin devra-t-il se féliciter d'avoir à la sienne, pour l'ordonner dans le régime thérapeutique de ses malades, ce même Vin, dont les effets sont de relever la vitalité des organes digestifs, et de préparer ainsi un travail d'assimilation alimentaire plus complet.

Les cas dans lesquels se trouve indiqué l'usage du Vin de Saint-Raphaël, ne seront pas rares. En effet, dans quelle maladie chronique, dans quelle convalescence des maladies aiguës l'emploi de ce précieux agent ne se trouve-t-il pas indiqué? Est-ce que, dans la plupart de ces maladies, de ces convalescences, il n'est pas de première utilité de ranimer le ton des organes chargés d'assimiler les matières de la nutrition? Au demeurant, le praticien sera juge des exceptions à faire à cet égard, mais la règle nous parait encore assez générale pour croire que, à part de bien rares exceptions, le Vin de Saint-Raphaël sera mis à profit, et rendra les services qu'on peut rationnellement attendre des propriétés que lui ont reconnues les cliniciens les plus autorisés.

PHARMACOLOGIE

—

Traitement de la goutte et de la gravelle par le benzoate de lithine ferrugineux ou sans fer.

Jusqu'à ces derniers temps on a employé, pour combattre la diathèse urique dans la goutte et la gravelle, certains alcalins, tels que les sels de soude, de potasse et de chaux. Ces médicaments sont aujourd'hui presque totalement délaissés. On sait d'ailleurs que l'acide urique, en se combinant à ces bases, engendre des urates plus ou moins solubles dans l'eau, mais complétement insolubles dans les liquides de l'organisme, comme le prouve, du reste, la présence de ces urates dans le sang et dans les tophus des goutteux, les graviers et la pierre chez les graveleux. On proposa, plus tard, le carbonate de lithine, qui donna, d'après Garrod, quelques résultats. Mais le carbonate de lithine est insoluble, et le peu qui est absorbé, ne l'est qu'à la faveur des acides du suc gastrique, que l'on doit respecter avant tout chez les goutteux et les graveleux, qui presque tous sont dyspeptiques. Plus tard, on l'administra dissous dans l'eau chargée d'acide carbonique. En employant ce moyen, les conditions restent les mêmes, car l'acide, en se volatilisant, laisse déposer le carbonate à l'état insoluble dans l'estomac.

On proposa ensuite le citrate de lithine qui offre, malgré sa solubilité, les mêmes inconvients, puisque, par le fait même de son ingestion dans l'estomac, il est également transformé en carbonate insoluble. Ces agents ne sont d'ailleurs

que des éliminateurs de l'acide urique, qui se produit chaque jour en assez grande quantité chez les malades qui nous occupent. Il faut donc, sous peine de rester constamment dans les mêmes conditions, en empêcher les productions successives.

J'ai pensé que le benzoate de lithine, que j'ai introduit dans la thérapeutique, dès l'année 1870, remplissait toutes les conditions désirables. Mes prévisions se sont entièrement réalisées, comme le prouvent les résultats obtenus par les médecins distingués qui ont bien voulu essayer ce nouveau médicament.

L'action physiologique du benzoate de lithine est facile à expliquer. En effet, l'acide benzoïque $C^{14} H^{5} O^{3}$, se transforme, après son ingestion, en acide hippurique, $C^{18} H_{9} A^{2}O$, aux dépens de la *fibrine* de *l'albumine* « sources principales de l'acide urique, dont la présence dans les tissus vivants de l'économie est la cause matérielle de la goutte et de la gravelle » (*Cruveilhier*).

De plus, l'acide hippurique forme avec la soude, la potasse, l'ammoniaque et la chaux, bases ordinaires des fluides organiques, des hippurates d'une extrême solubilité, tandis que les urates, constitués avec ces mêmes bases, sont complétement insolubles, comme nous l'avons démontré plus haut.

Le benzoate de lithine ferrugineux ou sans fer est très-soluble. Par les qualités de ses éléments constitutifs, il est capable : 1° D'*empêcher une nouvelle production d'acide urique*; 2° *de former des hippurates solubles*, et 3° *de former avec l'acide urique ou les urates existant déjà dans l'économie un urate excessivement soluble*.

L'expérience a démontré que : par suite d'un traitement bien dirigé et bien soutenu, les accès de goutte s'éloignent d'abord, en s'amendant; les tophus disparaissent, s'il n'y a pas d'adhérences; et plus tard, au bout de 3 ou 4 ans, les accès ne reviennent plus.

Nous nous proposons, du reste, pour étayer ces propositions, de publier bientôt les observations nombreuses que plusieurs spécialistes distingués ont bien voulu nous communiquer.

F. TRÉHYOU.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Obésité des jeunes femmes avec aménorrhée; stérilité; traitement par la diète lactée.

En nous montrant quelques malades albuminuriques pendant leur grossesse, soumises par lui au régime lacté, M. Tarnier nous signala une application nouvelle du régime lacté appelée à rendre des services. Les occasions de cette application n'étant pas très-communes, M. Tarnier ne l'a pas faite souvent, mais il croit pouvoir néanmoins la recommander, car il s'agit d'une pratique sans danger et facile.

Il s'agit de traiter par la diète lactée les femmes jeunes, chargées d'embonpoint qui deviennent aménorrhéiques et stériles. En un mot, dans ces cas, on traitera par le lait les troubles de la menstruation et la stérilité. Voici dans quelles conditions M. Tarnier a été amené à faire une semblable prescription.

Peu de temps après avoir observé un homme jeune encore, atteint du mal de Bright et guéri par la diète lactée, il fut consulté pour une jeune dame, albuminurique, très-chargée d'embonpoint et chez laquelle la menstruation était absolument suspendue depuis plusieurs

mois. On voulait savoir de M. Tarnier si cette dame était enceinte. M. Tarnier constata l'absence de tous signes de grossesse et conseilla l'emploi rigoureux de la diète lactée, songeant en ce moment plus à l'albuminurie qu'à l'embonpoint. Pendant plusieurs mois, il n'eut pas l'occasion de revoir cette malade, lorsqu'un jour il vit entrer dans son cabinet une dame presque mince, avec toutes les apparences de la santé, qu'il ne reconnut point tant elle était changée. Cette jeune femme lui apprit qu'elle avait suivi très-rigoureusement ses prescriptions, qu'elle avait eu une amélioration très-rapide. Les urines avaient cessé de contenir de l'albumine. Puis, cette obésité précoce avait disparu. Elle dit surtout à M. Tarnier qu'à mesure qu'elle maigrissait la menstruation se rétablissait et elle avait déjà eu plusieurs périodes parfaitement normales.

A quelques temps de là, M. Tarnier ayant été consulté pour une jeune dame non albuminurique mais obèse, chez laquelle la menstruation était absolument supprimée, conseilla le régime lacté sévère: Chez celle-ci, comme chez la précédente, il y eut un amaigrissement rapide, et M. Tarnier eut l'occasion de la revoir plus tard fort amincie et parfaitement menstruée.

Sans doute, pour compléter ces observations, il aurait fallu observer l'imprégnation à la suite du traitement; mais les faits sont récents et ces jeunes femmes n'ont pas encore eu d'enfants. Toutefois, ces deux faits sont par eux-mêmes bien intéressants; le retour de la menstruation a déjà une grande valeur. Il ne faut pas oublier non plus que le traitement par le lait a déjà souvent été proposé et appliqué contre l'obésité. On l'a fait faire soit seul, soit comme adjuvant d'autres méthodes, et de beaux succès ont été rapportés. Il a sur d'autres traitements l'avantage, tout en pouvant être classé parmi les médications altérantes, de ne pas exposer la santé de l'individu et d'être à coup sûr bien supporté.

M. Tarnier est généralement très-sévère pour le mode d'administration du lait. Premier jour, un litre de lait, deux portions d'aliments; deuxième jour, deux litres de lait, une portion d'aliments; troisième jour, trois litres de lait, une portion d'aliments; quatrième jour et jours suivants, quatre litres de lait et point d'aliments.

Mais en cas d'albuminurie, il y a péril en la demeure; il faut obtenir vivement la guérison, et on peut exiger de la malade la rigueur pénible de ce traitement; pour l'obésité et la stérilité on ne l'obtiendrait pas aussi facilement, aussi peut-on permettre aux malades en très-petite quantité des aliments ordinaires.

Il faut faire tout son possible pour qu'elles absorbent les quatre litres quotidiennement. Ce n'est pas une proportion exagérée.

M. Tarnier ne pense pas qu'il soit nécessaire d'ajouter aucun autre médicament. Suivant lui, le lait pur se supporte très-bien. On ne forcera pas la malade à en prendre telle quantité plutôt que telle autre à la fois. Il faut consulter son goût, et pourvu qu'elle avale en somme la quantité voulue, le médecin devra se déclarer satisfait. M. Tarnier croit inutile l'adjonction de condiments, où l'ingestion de sels alcalins destinés à faciliter la digestion.

Quant à la durée du traitement, elle serait éminemment variable; le médecin qui surveille, devra suspendre ou faire continuer selon les faits qu'il observera. La diarrhée, rare du reste, est un signe que la médication est mal supportée. Lorsque l'effet favorable voulu a commencé à se produire, il continue, bien que la médication soit déjà suspendue.

(*J. de méd. et de chir. prat.*)

Larynx enlevé. — Au cinquième Congrès des chirurgiens allemands, le professeur Maas, de Breslau, a présenté un malade qui a subi avec succès l'extirpation totale du larynx. C'est un homme de 59 ans, chez lequel l'examen laryngoscopique avait fait découvrir une tumeur irrégulière et bosselée, présentant

tous les caractères du carcinome, et occupant la moitié droite et interne du larynx jusqu'au voisinage de l'épiglotte.

Le 19 janvier 1876, le professeur Maas fit la trachéotomie préalable, et le 5 février suivant il pratiqua l'opération principale. Par l'ouverture artificielle faite à la trachée, il introduisit la canule-tampon de Trendelenburg, afin de pouvoir chloroformiser le patient et de prévenir l'entrée du sang dans les voies respiratoires. Il fit ensuite une simple incision sur la ligne médiane, à partir de l'os hyoïde, et mit à découvert les faces antérieures et latérales du larynx, autant que possible avec des instruments mousses, pour éviter la blessure des vaisseaux. Il le sépara en arrière l'œsophage, en haut de ses attaches à l'os hyoïde et à l'épiglotte, et fit la section en bas à travers le cricoïde, conservant un anneau de ce cartilage adhérent à la trachée. La perte de sang fut peu importante; l'opération n'avait pas duré plus d'une demi-heure.

Immédiatement après, le chirurgien introduisit par la plaie un tube de caoutchouc dans l'œsophage; ce tube, laissé à demeure pendant toute la première semaine, permit d'introduire des aliments dans l'estomac sans la moindre difficulté. La cicatrisation fut rapide, et dès la quatrième semaine le patient put se nourrir par la bouche à l'aide d'une sorte de biberon, dont il introduisait lui-même la canule jusque dans l'œsophage.

La partie inférieure du cartilage cricoïde conservée facilita le placement d'un larynx artificiel qui permit à l'opéré de respirer facilement et de parler à haute voix. Mais la conservation de l'épiglotte semble entraîner plus d'inconvénients que d'avantages : le patient n'avale ni mieux ni moins bien que ceux chez lesquels l'épiglotte a été enlevée; d'autre part, cet organe s'est notablement hypertrophié et s'irrite au contact continuel du larynx artificiel dont il rend l'introduction plus difficile. Il semble donc qu'il faudra, tôt ou tard, se résoudre à l'exciser. (*Le Scalpel*).

Du tænia à Paris et à Reims. — *L'Union médicale du Nord-Ouest*, de janvier, publie un excellent article dû à la plume de M. le docteur Jolicœur, de Reims, traitant de l'histoire naturelle et médicale du tænia. Ce travail très-intéressant, a surtout pour but de faire ressortir les origines de cet helminthe, pour en déduire la prophylaxie et le traitement. Il est terminé par les conclusions suivantes :

1° A Reims, comme à Paris, le tænia est devenu plus fréquent;

2° Cette fréquence est due au tænia inermis;

3° Le tænia inermis nous vient de la ladrerie du bœuf et du veau, comme nous avons pu le confirmer expérimentalement;

4° La fréquence doit en être imputée : 1° pour l'individu, à l'usage plus répandu de la viande crue et de la viande saignante; 2° pour la masse, à l'importation de bœufs provenant du pays où ce tænia est notoirement endémique;

5° Le moyen prophylactique individuel consiste dans la cuisson parfaite des viandes alimentaires. — Le moyen prophylactique général consisterait dans l'inspection, par des agents éclairés, des bœufs et veaux de provenance étrangère, et même des animaux indigènes, si l'endémicité s'établissait en France;

6° Le traitement curatif par excellence réside dans l'emploi de l'extrait éthéré de fougère mâle.

Trois cas de luxation sous-coracoïdienne de l'humérus, réduits par le procédé de M. le professeur Kocher, de Berne, par le Dr Hubert, de Salavaux (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*. — Voici la description que l'auteur donne de ce procédé : « Mme J... assise devant moi, le bras luxé en demi-flexion, je saisis avec la main gauche le poignet, et avec la droite le coude du bras luxé, puis j'imprimai au membre, jusqu'à sensation de résistance prononcée, un mouvement de rotation en dehors; après ce premier mouvement, et

sans déplacer mes mains, je pressai avec la main droite sur le coude, de bas en haut, puis, par un mouvement de rotation en dedans, je rapprochai le membre de la poitrine en dirigeant la main du membre luxé contre l'épaule opposée. Pendant ce dernier mouvement, j'entendis la tête de l'humérus rentrer dans sa cavité. Je mis le bras en écharpe et dès lors tout se passa comme à l'ordinaire. »

Cette méthode de réduction est due à M. Schiuzinger, et la modification qu'y a apporté M. Kocher, se ne trouve que dans le troisième temps. Elle présente, en effet, de très-grands avantages, car la réduction peut se faire sans aide et sans chloroforme et manque rarement de réussir.

De l'iodure de potassium contre l'asthme, la bronchite aiguë et la bronchite chronique, par M. Spargin (*The British med. Journ.*) — Il y a déjà un an que l'auteur administre ce médicament contre les affections pulmonaires, et spécialement contre l'asthme et la bronchite chronique : aussi, dit-il l'avoir employé dans plus de 100 cas et presque toujours avec le plus grand succès.

L'iodure de potassium a un effet marqué sur la fréquence de la respiration, il diminue la dyspnée et facilite l'expectoration. Souvent dès la première dose les malades accusent une amélioration notable, et dans beaucoup de cas, l'auteur a vu des malades, qui avaient essayé inutilement des remèdes très-nombreux, éprouver une amélioration très-évidente et très-rapide de l'iodure de potassium, qu'ils trouvaient agir comme par enchantement. Habituellement l'auteur prescrit ce médicament avec du carbonate d'ammoniaque, et quand la toux est pénible et intense, il y ajoute de la teinture de belladone et du vin d'ipécacuanha. Dans un cas de pneumonie l'iodure de potassium combiné à la teinture de jusquiame et à l'ammoniaque, produisit une diminution considérable de la dyspnée, et les inspirations, auparavant très-rapides, se ralentirent immédiatement d'une manière très-notable.

Tableau relatif à l'étiologie de la mort par le chloroforme, par le Dr Guillaume Koch, de Berlin.

Dans son travail approfondi sur le chloroforme et son emploi en chirurgie, l'auteur répartit comme suit, les 134 cas de mort suffisamment décrits pour qu'on puisse les analyser.

Asphyxie (la plupart du temps survenue d'une manière réflexe).	
Chez des personnes en bonne santé....	20
Avec cœur gras.....	4
Avec dilatation et atrophie du cœur....	2
Avec introduction simultanée d'air dans les veines et processus endocarditique à la mitrale.....	1
Syncope.	
A la suite d'empoisonnement volontaire.	16
A la suite de trop fortes doses de chloroforme administrées par les médecins.	7
Avec anémie considérable se développant pendant l'opération ou survenue avant celle-ci.....	11
Avec des états cachectiques considérables ne dépendant pas d'une dégénérescence graisseuse du cœur.....	2
Avec dilatation du cœur.....	2
Avec cœur gras et sclérose du système aortique (forme pléthorique du cœur gras, provenant surtout chez les buveurs.).....	10
Avec cœur gras idiopathique (forme anémique du corps gras).....	21
Dans des cas qu'on ne peut classer sûrement sous la rubrique précédente....	4
Asphyxie et Syncope.	
Dont 3 cas de cœur gras et 1 de cachexie ou suite de suppuration.....	5
Asphyxie ou Syncope.	
Dont 2 cas de cœur gras.....	4
Collapsus.	
Par perte de sang pendant le narcotisme.	4
Par apoplexie ; déchirure de foie, chute d'un dentier dans le larynx.....	3
Mort lente par le chloroforme.....	18

Hernie étranglée. — Dr Woodburg a pratiqué, avec succès, l'opération de la hernie étranglée sur un enfant *âgé seulement de 45 heures*. La tumeur se composait de la plus grande partie de

l'intestin grêle, depuis le voisinage du duodénum jusqu'à l'extrémité inférieure de l'iléon.

Leucémie avec hypertrophie splénique guérie par les injections hypodermiques d'ergotine. — *The American Journal* publie une observation intéressante de leucémie avec hypertrophie considérable de la rate, battements du cœur sourds, faibles, précipités, respiration rapide et paisible, anasarque et albuminurie. Une semblable maladie ne semblait pouvoir se terminer autrement que par la mort; et cependant au bout de deux mois de traitement l'auteur fut assez heureux pour obtenir une guérison complète.

Deux médicaments furent mis en œuvre pour arriver à ce résultat : le perchlorure de fer et l'ergotine. Le perchlorure de fer était donné à la dose de 20 gouttes par jour dans un peu d'eau sucrée. L'ergotine était administrée en injections hypodermiques : 20 centigrammes d'ergotine pour une injection, qu'on répétait tous les deux jours. L'hypertrophie de la rate a commencé à décroître dès la troisième injection.

Des injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine. — Le docteur Herbillon étudie les propriétés de cette nouvelle combinaison de la quinine découverte par Latour en 1870, et appliquée à la thérapeutique par le professeur Gubler.

Ce sel s'emploie surtout en injections sous-cutanées. Voici la formule de ces solutions :

Bromhydrate de quinine neutre.	1 gr.
Eau distillée	6 c. c.
Alcool	4 —

Cette solution est au dixième 1 gramme de solution, c'est-à-dire la contenance habituelle d'une seringue de Pravaz, renferme 10 centigrammes de bromhydrate de quinine. On injecte par jour de 10 à 20 centigrammes de substance active. Aux observations déjà connues de MM. Soulez et Gubler, le docteur Herbillon joint d'autres faits qu'il a observés dans le service de M. Gubler à l'hôpital Beaujon, et montre les avantages que l'on peut tirer de ce sel pour le traitement des fièvres intermittentes. Le docteur Raymond a aussi observé, dans le service de M. Gubler, les bons effets de ce sel, et il publie cinq observations fort concluantes, et qui montrent la sûreté et la rapidité d'action de ce corps. Il insiste aussi sur l'innocuité des injections sous-cutanées. Dans trois cents injections pratiquées dans le service de M. Gubler, il n'a jamais été observé d'accidents.

De son côté, le docteur Soulez a montré l'innocuité de ces injections : sur cent seize injections hypérémiques qu'il a pratiquées, il n'a observé que dix fois des eschares produites par ces injections. Il s'agissait dans ces cas de malades atteints d'affections graves (fièvre typhoïde, phthisie). Aussi le docteur Soulez proscrit-il l'emploi de cette méthode chez les malades atteints d'une altération profonde de l'organisme.

Le docteur Choffé a obtenu en Algérie, par le bromhydrate de quinine employé par la bouche, des succès dans plus de trente cas de fièvre intermittente en donnant par jour une dose de 40 centigrammes de sel.

(*Bullet. gén. de thérap.*)

Sur la nature du miasme paludéen. — Le docteur Antoine Magnin a particulièrement visité les marais de la Bresse, connus sous le nom de *Dombes*; il a surtout insisté sur la constitution géologique de ces marais et sur la nature du miasme paludéen. Pour lui, le miasme paludéen est bien un corps susceptible d'être transporté par les vents, ainsi que le démontrent les faits nombreux de dissémination, l'extension des fièvres dans les parties voisines du pays d'étangs, sous l'influence et dans la *direction* des vents locaux et généraux de la Dombes.

Le miasme paludéen paraît être constitué par un corps organisé, probablement végétal.

Les descriptions des *palmelles*, espèces d'algues données par Salisbury, des microphytes observés par Balestra, etc.,

sont trop peu explicites pour permettre une détermination exacte ou une identification certaine.

Les algues (*Chlorococcum cocoma*) que nous avons recueillies dans la Dombes, qui se rapprochent le plus de la description des palmelles de Salisbury, n'ont pas déterminé d'accès fébriles.

Ce résultat négatif, qui concorde avec les recherches de Leidy, de Wood, etc., doit faire rejeter complétement l'opinion de ceux qui voient dans ces palmelles le miasme paludéen lui-même; les faits de Schurtz, Hannon, etc., indiquent qu'on doit le rechercher plutôt dans les algues du groupe des *Oscillariées* entendues dans leur sens le plus large.

(*Journ. de méd. belge.*)

De la migraine; par M. Hervez, de Chégoin. — Il résulte clairement du travail de M. Hervez, de Chégoin, sur la nature et le siége de la migraine, que cette maladie est une névrose artificielle, que son point de départ est dans le grand sympathique, son siége précis dans les filets nerveux qui accompagnent les artères, ses phénomènes matériels, dans la dilatation de ces vaisseaux et dans la compression qu'elle produit sur le cerveau et les autres organes. Le traitement de la migraine se réduit à combattre l'intermittence, la douleur et la dilatation artérielle. M. Hervez, de Chégoin, donne chaque jour à ses malades une pilule ainsi composée :

Sulfate de quinine	0.05
Tannin	0,05
Aconitine	0,001

On peut facilement augmenter la dose ; certains malades sont arrivés à prendre 3 ou 4 pilules avec un succès très-marqué.

(*Annales médico-psychologiques.*)

De l'étiologie et du traitement des rétroflexions utérines. — M. Frederik Eklund attribue à ces déviations une grande influence sur la production de l'hystérie, et pense également que bon nombre d'avortements n'ont pas d'autres causes. Après avoir indiqué ces conséquences et conclu à la nécessité d'un traitement, il aborde l'étude de l'étiologie, ou plutôt de la pathogénie. Il passe successivement en revue les opinions professées jusqu'à ce jour, depuis celle de Baker Brown qui croit que la plupart des rétroflexions sont le fait de la *self-indulgence*, commune en Angleterre, paraît-il, jusqu'à celle de Virchow, qui attribue à des phlegmasies locales les désordres que l'on trouve dans la structure de l'utérus à la suite des rétroflexions anciennes.

Il admet pour son compte une atonie primitive du tissu de l'utérus produite le plus souvent par un mauvais état général, tel que l'anémie et la chlorose, puis il invoque une cause déterminante locale. L'action de porter de lourds fardeaux, la reprise prématurée du travail à la suite de l'accouchement sont pour lui les causes prochaines les plus ordinaires. Il signale la fréquence des rétroflexions chez les jeunes filles pauvres de la campagne dans les pays du Nord et il énumère longuement les causes débilitantes multiples auxquelles elles sont soumises : travail prolongé et très-pénible ; logements insalubres et mal aérés ; nourriture végétale et de mauvaise nature.

Eklund est partisan du traitement intra-utérin, pratiqué d'après la méthode d'Amann. Il rejette le pessaire de Hodge comme insuffisant, la ceinture hypogastrique comme nuisible. Après avoir discuté toutes les objections faites à l'emploi des redresseurs, il donne les indications et les contre-indications de ce traitement, et s'arrête longuement sur les précautions à prendre pour la construction des pessaires intra-utérins. Il donne la préférence au modèle n° 3 de Simpson, construit en bronze d'aluminium. Puis il expose avec grand soin les moyens à employer pour la désinfection du vagin, pour prévenir les hémorrhagies. Le travail se termine par un tableau statistique dont voici le résumé :

Sur 25 rétroflexions, 23 ont été traitées avec le pessaire intra-utérin : 9 ont été complétement guéries, 3 ont eu des récidives, et chez les 11 autres la guérison était très-avancée lorsqu'elles ont abandonné le traitement.

(*Lyon médical.*)

Les principes immédiats médicamenteux et leur dosage. — Pénétrés de l'importance de l'introduction des alcaloïdes ou principes immédiats dans la thérapeutique usuelle, nous donnons un tableau des doses maxima dans les 24 heures. Ce tableau peut servir de *vade-mecum* au thérapeutiste, pour l'emploi de ces substances à l'abri de toute appréhension de nocuité.

I. — DOSAGE PAR MILLIGRAMMES.

Dose maxima de 24 heures.

Atropine	0,001 à 0,004	milligr.
Sulfate d'atropine	0,001 à 0,004	—
Digitaline	0,002 à 0,010	—
Aconitine cristallisée de Duquesnel, 1/4 milligr. toutes les quatre heures jusqu'à 0,002		—
Ésérine	1/4 à 0,002	—
Hyosciamine	0,002 à 0,005	—
Daturine	1/2 à 0,003	—
Curarine	1/4 à 0,002	—
Nicotine	1/2 à 0,003	—

Nous ne donnons que pour mention ces deux dernières qui n'ont été employées jusqu'ici que dans le tétanos ou la rage.

II. — DOSAGE PAR CENTIGRAMMES.

Dose maxima de 24 heures.

Morphine et ses sels	0,01	centigr.	0,10
Codéine	0,02	—	0,10
Narcéine	0,03	—	0,15
Quinine (sulfate neutre)	0,25	—	1 gr.
Caféine (?)	0,25	—	0,50
Santonine	0,05	—	0,30
Conicine ou cicutine	0,01	—	0,10
Vératrine	0,01	—	0,03
Strychnine (sulfate)	0,01	—	0,03
Hachischine	0,02	—	0,10

(*La Tribune médic.*)

Opération césarienne. — On lit dans le *El Siglo médico*, que le docteur Raphaël Novi, de Naples, a pratiqué l'opération césarienne avec succès pour la mère et pour l'enfant, sur une femme de trente-deux ans. Comme particularité, l'incision de l'utérus se trouva correspondre à l'insertion du placenta.

De l'hémorrhagie vulvaire chez les nouveau-nés, par le docteur J. Cullingworth, de Manchester. — Ce fait singulier vient compléter les recherches de Natalis Guillot et Gubler sur les phénomènes sexuels chez le nouveau-né. Chez deux petites filles, l'une de quatre, l'autre de cinq jours, Cullingworth observa une hémorrhagie par la vulve, ayant duré quatre jours dans le premier cas et deux jours dans le second. Chez l'une d'elles il y eut un peu de fièvre avec malaise. Un examen attentif démontra que l'hémorrhagie venait bien des organes génitaux internes.

L'auteur a pu réunir trente-deux observations de ce genre. C'est un accident sans gravité aucune. L'explication la plus vraisemblable de ce phénomène a été donnée par Camerer de Langenau. D'après cet auteur, la pléthore pelvienne aurait pour cause la ligature du cordon pratiquée avant le complet établissement de la circulation pulmonaire. — (*Liverpool and Manchester med. and surg. Reports.*)

Drainage des plaies; *nouvelle méthode*, par le Dr J. Chiene. — L'auteur, tout en reconnaissant les avantages du tube à drainage, lui trouve des inconvénients sérieux, surtout lorsqu'on applique le pansement de Lister :

1° Il empêche la réunion immédiate complète; 2° il irrite la plaie; 3° il favorise l'introduction de l'air dans la profondeur; 4° il nécessite des pansements fréquents, attendu qu'il faut en diminuer la longueur tous les quelques jours et qu'il est difficile de préciser le moment où cette petite manœuvre doit s'exécuter.

Partant du principe que l'écoulement des liquides pourra se faire sans le secours d'un tube *creux*, Chiene remplaça dans plusieurs opérations le tube à drai-

nage par un faisceau de fils de catgut; il reconnut que la capillarité seule suffisait pour donner issue aux produits de la sécrétion de la plaie. Il conseille de prendre plusieurs faisceaux de huit à seize fils et de les placer à la base du lambeau; au lieu du catgut phéniqué ordinaire, il préfère le catgut préparé au moyen de l'acide chromique, comme étant plus durable. Tant que le catgut agit comme tube à drainage, la sécrétion s'écoule au dehors; lorsque la plaie ne sécrète plus, le fil tend à disparaître. Cette nouvelle méthode de drainage ne peut s'employer que dans les cas où l'on fait usage du pansement antiseptique.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Anesthésie, *nouveau procédé.* — Le *Philadelphia medical Times* rapporte ce procédé d'après le Dr Hewson. Le Dr Bonwill, qui en est l'auteur, fit la remarque qu'après une série de respirations très-fréquentes et profondes comme à la suite d'une course rapide, ou dans l'action de souffler violemment sur le feu, il survient un certain trouble de la vue et de l'intelligence; il conçut alors l'idée que ces phénomènes pourraient être utilisés pour obtenir une anesthésie très-courte et peu profonde, mais suffisante pour certaines opérations et en particulier pour l'avulsion des dents. Le Dr Hewson dit avoir eu la démonstration très-nette de ce fait pour cette dernière opération; il a employé aussi très-souvent ce même moyen pour des pansements douloureux, pour l'exploration de blessures, pour le cathétérisme et en général pour tous les cas où l'on doit déterminer une douleur en touchant à des parties sensibles. Pour arriver à ce résultat, le patient doit respirer profondément et fréquemment pendant trois minutes environ. L'auteur, qui s'est soumis lui-même aux expériences, a constaté que c'était là le temps nécessaire pour arriver au degré d'anesthésie voulu. Après une première période, pendant laquelle on éprouve une sensation particulière sur toute la surface du corps et principalement aux doigts, on ressent une certaine confusion dans l'intelligence qui n'empêche pas cependant d'avoir la conscience de ce qui se passe et de se souvenir de toutes les questions qu'on vous fait; mais la piqûre d'une épingle même profonde et les autres moyens employés pour explorer la sensibilité ne déterminent aucun phénomène douloureux tant que durent les respirations fréquemment répétées.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, de Becquerel, avec additions et bibliographie, par MM. les docteurs Beaugrand et Hann (1).

Nous sommes de ceux qui ont eu la bonne fortune de suivre le cours d'hygiène que, deux années de suite, en 1847 et en 1848, si nous avons bonne mémoire, professa A. Becquerel à l'École pratique. A ces cours, l'affluence des élèves était extrême. A quelle cause rapporter cette *great attraction?* Certes, ce n'était pas le confort dont jouissaient les auditeurs, dans ce réduit obscur et malsain, qui distingue encore aujourd'hui le local affecté à l'enseignement non officiel; ce n'était pas, disons-nous, le confort de ce lieu, de sinistre aspect, qui attirait, à rangs pressés, sur les étroits gradins, la jeunesse avide de s'instruire; ce n'était pas, non plus, l'éloquence du maître qui faisait affluer les auditeurs, captivés par le charme d'un beau langage. Becquerel, bègue de naissance, avait, fort à tort, la prétention d'avoir triomphé de ce vice de prononciation. Nouveau Démosthène, il avait inventé une méthode avec laquelle il prétendait faire merveille. Qu'il eût retiré de cette méthode des effets relatifs excellents, il ne nous appartient pas de le contester. Quant aux effets absolus, certes ils avaient fort laissé

(1) Un volume petit in-8° de 969 pages. P. Asselin éditeur, prix 10 fr.

à désirer. La vérité est que l'on souffrait, véritablement, en entendant parler Becquerel.

Quelle était donc la véritable cause du grand et légitime succès du cours professé par ce maître regretté? C'est que, dans cet amphithéâtre à l'air épais et méphitique, avec une façon de s'exprimer qui laissait tant à désirer, il se disait de si bonnes choses, que chacun se sentait attiré; tant le désir d'apprendre, en faveur du fond, porte aisément à faire peu de cas de la forme!

C'est ce cours si substantiel, si plein d'intérêt, que Becquerel publia en 1851. Le succès de cet ouvrage fut tel, que, moins de trois ans après, l'auteur dut en faire paraître une seconde édition. Cette dernière était à son tour complétement épuisée, quand une mort cruelle et prématurée vint, à l'âge de cinquante-deux ans, arracher Becquerel à la position éminente que lui avaient acquise ses nombreux travaux.

L'œuvre si utile du savant hygiéniste fut reprise par le docteur Beaugrand, qui, tout en respectant le texte à la fois si clair et si précis de l'auteur, jugea nécessaire de faire à l'ouvrage quelques additions commandées par les progrès de la science, et de l'enrichir d'une notice bibliographique, mise à la fin de chacun des chapitres.

Une quatrième, puis bientôt une cinquième édition ne tardèrent pas à affirmer le mérite de ce précieux ouvrage, que le docteur Beaugrand se préparait à faire paraître pour la sixième fois, quand la mort est venue surprendre à son tour ce regrettable confrère.

C'est à M. Hann qu'est incombée la tâche de rajeunir l'œuvre de ses prédécesseurs, et de remettre le livre de Becquerel au niveau du mouvement scientifique. Ainsi complétée, cette sixième édition ne saurait manquer d'avoir le même succès que ses aînées. Ce livre répond, en effet, à un besoin réel. Il n'est aucun traité d'hygiène qui renferme, sous un aussi petit volume, des documents aussi nombreux, aussi précis. En de telles conditions, on peut donner à l'auteur et à l'éditeur l'assurance qu'une septième édition ne tardera guère à suivre la sixième.

B.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1877.

Présidence de M. BOULEY.

M. le Ministre de l'intérieur met à la disposition de l'Académie une somme de 2,000 francs, destinée à récompenser les auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge et à publier le rapport de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance.

Observations de blessures chez des sujets atteints d'affections cardiaques. — M. VERNEUIL a eu l'occasion d'observer, dans un court espace de temps, deux blessés chez lesquels existait une affection organique du cœur. Or, chez tous deux, la blessure a non-seulement offert une gravité notable due au développement d'accidents locaux particuliers, mais encore, réagissant à son tour sur la cardiopathie, en a singulièrement hâté et aggravé la marche, au point de faire apparaître prématurément les symptômes obtenus.

Voici les conclusions que M. Verneuil croit pouvoir tirer de deux observations :

« 1° Les affections cardiaques préexistantes paraissent capables de retarder ou d'empêcher la guérison de certaines blessures, et suscitent des accidents lo-

caux, parmi lesquels figurent des hémorrhagies et des inflammations diffuses.

« 2° Les blessures, par ces mêmes accidents locaux et par leurs conséquences, sont susceptibles de réagir sur les affections cardiaques antérieures, de façon à les aggraver et à provoquer prématurément les symptômes qui n'appartiennent, en général, qu'à leur période ultime. »

Sur la ligature de l'arcade palmaire superficielle. — M. Félix Guyon, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, chirurgien de l'hôpital Necker, lit sur ce sujet un mémoire volumineux, dont les conclusions sont les suivantes :

« 1° La recherche des trois parties constituantes de l'arcade palmaire superficielle peut être faite dans la direction d'une ligne que prolonge obliquement, à travers la paume de la main, le bord cubital du pouce placé dans l'abduction la plus complète.

« 2° La ligne opératoire ainsi tracée passe au niveau et au-dessus de la portion transverse de l'arcade et jamais au-dessous, ce qui est nécessaire, dans tous les cas, pour réaliser les meilleures conditions de recherches.

« 3° La recherche de l'artère s'effectue toujours facilement et sûrement lorsqu'on a soin de faire écarter les lèvres de l'aponévrose incisée, en tendant fortement les doigts. Si l'artère n'est pas dès lors à découvert, la dissection nécessaire pour la mettre à nu se fera en suivant la face profonde de l'aponévrose.

« 4° L'étendue de l'incision variera selon le point de l'arcade qui devra être lié, mais sa direction devra toujours être identique avec le tracé que nous avons indiqué.

« 5° Les anomalies de l'arcade palmaire ne peuvent être une contre-indication à l'application de la ligature directe pratiquée selon les règles précises, à l'aide desquelles l'opérateur sera toujours sûr de rencontrer les branches d'origine.

« 6° La situation respective de l'arcade palmaire et des tendons permet d'appliquer facilement les règles opératoires qui mettent à l'abri de leurs lésions.

« 7° Dans la paume de la main, comme dans toute autre région où elle est applicable, la ligature directe des bouts de l'artère blessée est le moyen hémostatique le plus sûr à opposer aux hémorrhagies primitives ou secondaires.

« 8° L'ischémie préalable, que l'on peut obtenir par la méthode d'Esmarch, facilite beaucoup la recherche des bouts des artères blessées dans la paume de la main. »

Séance du 27 février 1877.

Présidence de M. Bouley.

M. Meyret, notaire à Paris, informe l'Académie que, par son testament olographe en date du 20 juin 1876, M. Marc-Aubin Pourat lègue à l'Académie de médecine une rente annuelle de 1,000 fr. pour instituer un prix annuel sur une question de physiologie qui sera posée par l'Académie elle-même.

Empoisonnement par l'acide sulfurique. — M. Laboulbène place sous les yeux de l'Académie les résultats de l'examen cadavérique de l'homme empoisonné par l'acide sulfurique dont il a déjà été question dans la séance du 19 décembre, et qui avait vomi à cette époque sa muqueuse gastrique exfoliée. Cet homme est mort le 23 janvier.

L'autopsie, faite cinquante heures après la mort, a révélé des lésions commençant vers le milieu de l'œsophage et s'étendant jusqu'au commencement du duodénum.

L'estomac semblait comme trilobé par suite de deux rétractions cicatricielles. Il présentait, au niveau de la région pylorique, un épaississement considérable avec induration de ses parois. Sa surface interne était lisse au toucher, blanchâtre ; on y remarquait non loin du cardia une dépression d'une coloration plus blanchâtre encore, et sur laquelle faisaient saillie des tractus fibreux cica-

triciels. Un peu plus loin, une autre dépression présentant les mêmes caractères. Au niveau du pylore, la cavité de l'estomac se rétrécissait subitement sur une longueur de 5 centimètres, au point d'admettre à peine un stylet de trousse; les parois en étaient très-dures et très-épaisses.

Les muqueuses buccale, pharyngienne, celle de la moitié supérieure de l'œsophage, celle des intestins (excepté la portion du duodénum attenant au pylore), furent trouvées absolument saines.

A l'examen microscopique, on constata l'absence absolue de toute la muqueuse stomacale, même sur les points où l'estomac pouvait paraître le plus intact d'après l'examen à l'œil nu.

Comparativement, on examina au microscope la muqueuse gastrique, à l'aide de coupes faites sur l'estomac d'un homme adulte quarante-huit heures après la mort. Dans ces préparations, *la couche glandulaire n'était pas absolument normale* (comme on l'obtient sur des animaux au moment de la mort violente et au point de vue histologique), mais l'épaisseur de la muqueuse était nettement appréciable et *beaucoup de glandules très-apercevables.*

M. Laboulbène conclut, en conséquence, que :

1° Les pièces pathologiques montrées à l'Académie le 19 décembre dernier étaient bien la membrane interne de l'estomac et de la partie inférieure de l'œsophage.

2° L'estomac, après la mort, était altéré dans toute son étendue, dépouillé de sa membrane muqueuse, revenu sur lui-même, offrant des cicatrices fibreuses avec un épaississement et une sténose pylorique presque complète.

3° La partie supérieure de l'œsophage et celle de l'intestin au-dessus du pylore, ont été trouvées à l'état normal.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'Académie :

MM. Ferrand (Eusèbe), pharmacien à Paris. — Daner, professeur à l'École de médecine de Tours. — Harzé, médecin de la légation de Belgique. — Le docteur Bornemann, conseiller directeur de l'instruction publique à Dresde (Saxe). — Le docteur de Valcourt (de Cannes).

— M. le Dr Brochard, rédacteur en chef de *La Jeune Mère*, vient d'être nommé, par le roi d'Espagne, chevalier de l'ordre royal de Charles III, en récompense des services qu'il a rendus à l'Espagne.

* *
*

Concours. *La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux a mis au concours les deux questions suivantes : Étudier les avantages et les inconvénients de l'alimentation de la classe peu aisée, par les diverses viandes conservées, tant françaises qu'étrangères.*

Le prix, d'une valeur de 600 francs, sera décerné à la fin de l'année 1878.

Etude microscopique du sang humain, frais et sec, du fœtus et de l'adulte, comparativement à celle du sang des autres mammifères, au point de vue médico-légal.

Le prix, d'une valeur de 1,000 fr., sera décerné à la fin de l'année 1879.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. Douaud, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10.

* *
*

Population de Paris en 1877. — La population de Paris qui, en 1872, était, de 1,851,792 habitants est en 1877, de 1,986,748. « Les chiffres donnés comme officiels sur la statistique de la capitale en 1876 sont peu satisfaisants : on annonce 40,240 naissances contre 42,120 décès, dont 162 par sui-

cide, 295 de folie et 36 assassinats. Ce serait donc un excédant considérable de la mortalité, à moins que les mort-nés et les décès étrangers ne l'atténuent. Et pourtant on compte jusqu'à 35,727 mariages.

* * *

L'hôpital de Ménilmontant. — Les travaux de l'hôpital de Ménilmontant, poussés avec la plus grande activité, vont être bientôt complétement terminés. Cette nouvelle maison hospitalière contiendra 550 lits qui coûteront 16,980 fr., soit 849 fr. par an. Les salles sont spacieuses et de grandeur inégale, la ventilation sera rendue plus active par la précaution qu'on a prise de construire à cet effet une grande cheminée dans chaque pièce. Des ascenseurs, placés au pied des escaliers, conduisent aux différents étages des pavillons, qui se trouvent tous isolés. Ils permettront de monter les malades dans la position horizontale. Des promenoirs sont établis au premier dans ces pavillons, et des bâtiments spéciaux sont affectés aux diverses maladies. Ajoutons que le service de l'accouchement est indépendant de l'hôpital, et que la dépense pour la construction aura coûté 9,343,000 fr. Le prix du terrain est compris dans cette somme.

* * *

L'air de Paris. — On se rappelle que le Conseil municipal de Paris, dit le *Bien public*, a décidé la création, à l'Observatoire météorologique de Montsouris, d'un service chargé d'organiser dans les divers quartiers de la ville un ensemble d'observations de climatologie appliquée à l'hygiène, comprenant, entre autres choses, l'examen des poussières organiques tenues en suspension dans l'air. Ce service, qui fonctionne depuis le 1er janvier, sous la direction de M. Miquel, un de nos micrographes les plus distingués, a déjà donné des résultats importants. L'air de Paris contient une foule d'organismes microscopiques dont la quantité varie suivant les quartiers. On trouve nombre de ces organismes dans les maisons en cours de démolition pour le percement de l'avenue de l'Opéra, dans l'air de la rue d'Argenteuil, dans celui de la rue Palestro. On en trouve moins dans l'air du parc de Montsouris, qui est plus salubre. En général, le sol de Paris en renferme une quantité notable.

On sait qu'une épidémie de fièvre typhoïde a nécessité l'évacuation de la caserne du Château-d'Eau. En examinant, au microscope, de la poussière recueillie dans les chambres de cette caserne et délayée dans l'eau pure, M. Miquel a reconnu la présence dans cette poussière d'une multitude d'algues, de vibrions, de bactériens, de monades, etc. Cette poussière, mêlée à l'air respiré ainsi qu'aux aliments et aux boissons, a dû contribuer à l'explosion et à la propagation de l'épidémie dans cette caserne.

Il est difficile de purger l'air d'une grande ville comme Paris des poussières vivantes dont il est chargé. Cependant, la pluie et surtout la neige ont pour effet de débarrasser l'atmosphère de toutes les particules qu'il renferme, et voilà pourquoi il serait à désirer que l'hiver vînt enfin purifier l'air infect que nous respirons.

* * *

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population*, 1,851,792). *Du* 15 *au* 22 *février*, 957 décès ainsi répartis : variole, 5; rougeole, 16; scarlatine, 5; fièvre typhoïde, 27; érysipèle, 9; bronchite aiguë, 30; pneumonie, 61; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 2; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 35; croup, 13; affections puerpérales, 4; affections aiguës, 259, affections chroniques, 419 (dont 181 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 34; causes accidentelles, 29.

Du 22 *février au* 1er *mars*, 1,032 décès ainsi répartis : variole, 3; rougeole, 13; scarlatine, 4; fièvre typhoïde, 25; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 48; pneumonie, 73; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 7, choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 32;

croup, 32; affections puerpérales, 5; affections aiguës, 274; affections chroniques, 430 (dont 183 dus à la phthisie pulmonaire), affections chirurgicales, 49, causes accidentelles, 31.

Nécrologie. — Une des plus grandes illustrations chirurgicales de la Grande-Bretagne vient de disparaître. Sir Villiam Fergusson, président du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre, vient de mourir la semaine dernière. Je ne retracerai point ici ses nombreux travaux, ses ingénieuses créations opératoires; on les trouvera consignés dans son ouvrage: *A System of pratical surgery*, qui n'a pas eu moins de cinq éditions. Chacun connaît le spéculum qui porte son nom. Cet instrument est constitué par un cylindre plein, dont l'extrémité cervicale est taillée en bec de flûte. Cette disposition donne une grande facilité pour saisir le col de l'utérus. Ce que l'on se rappellera surtout, ce sont ses procédés pour la restauration des fissures palatines et uvulaires, et surtout la dextérité vraiment merveilleuse avec laquelle il suturait le voile palatin. L'audacieux chirurgien, qui ne craignait pas de pratiquer les opérations les plus téméraires, avait pourtant une âme sensible, et son nom figurait parmi ceux des membres de la Société protectrice des animaux.

A côté de Fergusson, signalons la mort de MM. de Kergaradec, Lelut et Vernois, membres de l'Académie de médecine, de Blondot, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Nancy, et d'Émile Dubois. En soignant un malade atteint d'un érysipèle gangréneux, ce dernier a contracté le germe de la même maladie qui vient de l'emporter.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Lagardère, officier de santé, exerçant à Blanquefort. Notre malheureux confrère a succombé à un érysipèle de la face et du cuir chevelu, contracté au lit d'un malade.

VARIÉTÉS

La patente médicale (1).

« S'il est juste d'exempter de la patente les officiers ministériels, parce qu'ils sont soumis à des charges particulières qu'on peut appeler l'impôt spécial des offices, un motif du même genre ordonne d'affranchir les professions dites libérales. On peut, jusqu'à un certain point, considérer comme leur impôt spécial les sacrifices de temps et d'argent nécessaires pour acquérir soit un diplôme, soit les connaissances sans lesquelles nul ne peut, avec succès, embrasser ces sortes de professions.

« Aussi jamais la contribution des patentes n'a-t-elle été imposée ni aux avocats, ni aux professeurs ou instituteurs, ni aux artistes, ni à aucune personne possédant un de ces arts qui s'acquièrent par de longues études, et qui s'exercent par une simple dépense d'intelligence et d'activité.

« Toutefois, il est une exception qu'on a peine à s'expliquer; une profession qui remplit au plus haut degré les conditions auxquelles l'exemption de la patente semble toujours attachée, la profession de médecin, n'a jamais joui jusqu'à présent de cette exemption, sauf dans le cas où elle lui était accordée en échange de services publics et gratuits.

« Cette anomalie ne peut se comprendre que quand on remonte à l'époque où fut organisé le système des patentes, et quand on examine ce qu'était alors la profession de médecin.

« Depuis 1792 jusqu'en ventôse an II, il fut permis à tout homme, fût-il sans études, sans lumières, sans instruction, d'exercer la médecine, à la seule condition de se faire délivrer une patente qu'on accordait indifféremment à tous

(1) Suite. Voir le numéro du 1er mars.

ceux qui se présentaient pour l'obtenir.

« Ici, nous ne pouvons que répéter ce que nous disions tout à l'heure à propos des offices. Quand une profession est ouverte à tout venant, la patente n'est pas seulement légitime, elle est nécessaire ; mais, quand la profession est soumise à des règles, à des conditions ; quand il n'est pas loisible d'y pénétrer comme on veut, soit parce que l'exercice n'en est confié qu'à un nombre limité de personnes, soit parce qu'il y a des épreuves de capacité à subir, alors la patente ne peut être demandée que par une sorte de méprise, par un malentendu et un oubli des principes sur lesquels repose cette nature d'impôt.

« Il suit de là que les médecins auraient dû être exemptés de la contribution des patentes à dater du jour où la loi de ventôse an XI vint rétablir la médecine dans son état normal. Mais, tandis que la loi sur le notariat tranchait explicitement la question, la loi sur la médecine se contentait de n'en point parler : son silence, il est vrai, provenait peut-être moins d'un oubli que de l'idée que l'exemption étant de droit, elle devait être tacite...

« Néanmoins, depuis cette époque, les médecins ont toujours été et sont encore patentés : mais ils n'ont pas cessé de faire les plus vives protestations. Ils demandent, avec raison, pourquoi les avocats jouissent d'une immunité qui leur est refusée. Quelle est, en effet, la différence entre le diplôme d'un avocat et celui d'un médecin? Si l'on compare la durée des études, le nombre des épreuves, la longueur du noviciat, c'est plutôt au médecin que l'exemption paraîtrait due.

« Pour justifier la préférence que le projet de loi accorda aux avocats, l'exposé des motifs se fonde sur ce qu'ils n'ont pas d'action, comme les médecins, pour le payement de leurs honoraires. Mais cette interdiction ne résulte d'aucune loi. C'est une discipline intérieure à laquelle on ne sait que trop qu'il est aisé de se soustraire. On ne peut donc s'appuyer sur un tel motif pour exempter les uns et imposer les autres.

« Il n'y a pas de milieu selon nous : il faut soumettre à la patente les avocats comme les médecins, ou il faut accorder aux médecins l'exemption qui est acquise aux avocats.

« Entre ces deux partis, nous ne pensons pas que vous puissiez hésiter. Si vous demandiez une patente à l'avocat, vous devriez nécessairement en demander une à l'artiste et à quiconque exerce une profession libérale. Toute distinction serait arbitraire et injustifiable. Il vous faudrait imposer en masse les uns comme les autres. Or, indépendamment des difficultés d'une telle entreprise, il est encore un motif pour ne pas assujettir à la patente ces sortes de professions : c'est qu'il est presque impossible de distinguer ceux qui les ont embrassées sérieusement de ceux qui ne les exercent que nominalement ; personne ne fait du commerce ou de l'industrie en amateur, tandis qu'on peut très-bien être avocat, artiste, médecin, sans plaider une cause, sans vendre un tableau, ou sans avoir un tableau.

« Votre Commission se borne à émettre cette idée. Il ne lui appartient pas de l'approfondir, et elle vous demande seulement de décider, quant à présent, que l'exemption dont jouissent les avocats sera commune aux médecins. »

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Études hygiéniques sur les propriétés organoleptiques des eaux potables, par le Dr Atgier, in-8°. . 1 fr. 50

De l'exploration de la sensibilité acoustique au moyen du tube interauriculaire, par le Dr Gellé, in-8°. 1 fr.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY).

Paris. — Typ. Tolmer et Isidor Joseph, rue du Four-St-Germ., 43.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 7. — 1er AVRIL 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Leçon de M. Bernutz.

Sur les inflammations péri-utérines.

L'étude des inflammations péri-utérines est une des questions primordiales, dans la pratique gynécologique. Bien qu'un grand pas ait été franchi dans ces dernières années, il reste encore, sur cet objet, d'importantes lacunes à combler. C'est que, ainsi qu'on pourra bientôt s'en convaincre, il n'est pas toujours aisé de préciser le siége de la souffrance d'organes profondément situés, et, partant, d'une exploration très-délicate.

Jusque dans ces derniers temps, on avait fait un seul groupe des inflammations de l'utérus et de ses annexes, situés dans les ligaments larges. Mais, aujourd'hui, on ne peut plus l'ignorer, ces inflammations sont multiples, parce que multiples sont aussi les organes qui, par leur ensemble, constituent le système utérin.

Pour donner une idée de l'importance d'une telle distinction, quelques considérations anatomiques sont ici de saison.

L'utérus occupe, dans le bassin, une position médiane. De l'un et de l'autre côté se développent les ligaments larges, qui vont prendre attache sur les parties latérales du pelvis. Dans l'aileron postérieur de ces ligaments se trouve l'ovaire; dans l'aileron moyen, la trompe; dans l'antérieur, enfin, le ligament rond.

Le tissu propre des ligaments larges est un corps caverneux. Il sert à ériger les ovaires, et à porter les trompes en diverses directions. On trouve dans les ligaments des artères, des veines, des fibres musculaires érectiles et des vaisseaux lymphatiques. Ces derniers viennent en plus grand nombre de l'utérus, qui en a trois couches. Y a-t-il, n'y a-t-il pas de ganglions dans les ligaments larges? Il est toujours certain qu'à l'état normal on en trouve un, qui aboutit aux vaisseaux lymphatiques lombaires.

Ces ganglions jouent un rôle considérable dans la production de la lymphangite.

Le tissu cellulaire acquiert aussi une importance extrême dans la production, dans la propagation des accidents inflammatoires. C'est à lui que se rapporte la pathogénie des abcès des ligaments larges. Tous les organes qui constituent le système utérin se relient entre eux par le moyen du tissu cellulaire. Ainsi s'explique la propagation de l'inflammation dans les régions circonvoisines. En avant, ce tissu cellulaire se continue avec celui de la région pubienne et de la paroi abdominale; latéralement, en dehors, et en haut, avec celui de la fosse iliaque interne; inférieurement, avec celui de la fosse iliaque externe; en bas, enfin, il a des connexions avec celui du vagin et du rectum.

En dedans, il existe une mince couche de tissu cellulaire, qui passe à l'union du col et du corps de l'utérus, et fait communiquer entre eux les deux ligaments larges. Cette petite lame de tissu cellu-

laire, sur laquelle a beaucoup insisté M. Gallard, est très-peu épaisse. Elle ne s'étend pas au delà de 0,01, à l'union du col et du corps de l'utérus. Au delà de cette limite, on n'en trouve plus aucune trace, entre le tissu utérin et la séreuse.

Les ligaments larges ont un revêtissement péritonéal. En avant, ils constituent le cul-de-sac vésico-utérin. En se réfléchissant en arrière, le péritoine forme le cul-de-sac rétro-utérin, qui s'étend jusqu'à la réunion du 1/3 supérieur avec le 1/3 moyen du vagin.

Il y a donc beaucoup d'organes englobés dans les replis des ligaments larges. Tous ces organes, obéissant aux mêmes influences, concourant à la production des mêmes fonctions, présentent, lorsqu'ils sont pris d'inflammation, le même cortége symptomatique. Leur souffrance se caractérise par des douleurs s'irradiant dans le ventre, la vessie, le rectum.

A côté de cet ensemble général, de ces symptômes communs, se dessinent aussi des manifestations particulières, propres à différencier le siége de la protopathie. Ces dernières distinctions ont été lentes à s'établir. C'est que, en effet, il n'était pas facile de scruter avec tout le soin nécessaire des organes si peu accessibles à nos recherches. On englobait tout sous une dénomination commune, et il a fallu les travaux de nos derniers gynécologues pour jeter quelque lumière sur un sujet aussi obscur.

Depuis les temps les plus reculés jusqu'à Puzos, il n'était question que des inflammations et des abcès de la matrice. Paul d'Egine avait déjà noté que les abcès avaient tendance à s'ouvrir dans la vessie et dans le rectum.

Tel était encore l'état de la question, quand Puzos fit paraître son mémoire sur les *abcès laiteux*. Il distinguait déjà les abcès des ligaments larges, et conseillait la médication antiphlogistique, pour les faire avorter.

Dupuytren revint sur ces inflammations, et insista sur les analogies qu'elles présentent avec toutes celles qui ont pour siége la cavité pelvienne, périty-phite, périnéphrite, périmétrite. Ainsi se trouvent groupées toutes les inflammations du tissu cellulaire du bassin. La conclusion pratique, formulée par cette école, c'est qu'il faut ouvrir de bonne heure l'abcès une fois formé.

Grisolle a aussi décrit en masse tous les abcès de la fosse iliaque, chez l'homme comme chez la femme, sans s'efforcer de préciser leur nature essentielle, leur siége primitif.

M. Nonat, qui s'est livré à de nombreuses recherches sur ce sujet, croyait qu'il existait une sorte de gangue péri-utérine, et en a fait des phlegmons à une première, à une seconde et à une troisième période. Tout le monde a fini par croire aux phlegmons de M. Nonat. Le malheur, c'est que cet auteur n'a pu présenter une seule autopsie à l'appui de sa manière de voir.

Or, le hasard a bien servi M. Bernutz. Il lui a été donné, pour la première fois, de faire l'autopsie d'une femme considérée comme atteinte d'un soi-disant phlegmon péri-utérin, femme qui avait succombé à une pleurésie purulente concomittante. Durant la vie, tous les caractères physiques de la phlegmasie péri-utérine avaient été constatés. Or, on ne trouva aucune altération du tissu cellulaire. Par contre, on releva de nombreuses et épaisses adhérences péritonéales.

Ce fait était de nature à fixer l'attention. M. Bernutz s'est donc livré à de nouvelles recherches, qui n'ont fait que le confirmer dans cette manière de voir, à laquelle personne n'avait songé avant ses travaux.

Il y a donc des tumeurs ou des pseudo-tumeurs qui sont constituées par des adhérences péritonéales. De là, un second groupe à établir parmi les inflammations intra-pelviennes. Il faut distinguer, désormais, la phlegmasie qui se localise dans l'utérus et ses annexes, et celle qui a pour siége les replis pelviens du péritoine. Malheureusement ces distinctions sont difficiles à établir sur le vivant. C'est là une question très-délicate,

qui demande de nouvelles et sérieuses études.

Il faut donc admettre deux groupes, dans les affections péri-utérines. Dans le premier doivent se ranger celles qui ont pour siége les ligaments larges. Dans le second seront réparties celles qui sont en rapport avec une péritonite symptomatique d'une affection des annexes.

Encore une fois, ces groupes sont provisoires. Ils devront se subdiviser, lorsque de nouvelles recherches auront permis à la science de jeter quelque lumière sur ce sujet tout à l'étude.

Dr CH. BERTRAND.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DES CLINIQUES.

Service de M. le professeur BROCA.

§ 1. — Carie de la première phalange du pouce. — Amputation. — Fâcheuses conséquences de la réunion par première intention. — Un signe pathognomonique précieux des collections purulentes profondes. — Avantages, mode d'emploi des tubes à drainage dans ces cas particuliers.

Le malade dont il est question, âgé de trente ans, est entré à l'hôpital pour une carie de la première phalange du pouce. Cette affection n'est pas constitutionnelle. L'amputation a été effectuée, le 8 octobre dernier, par le chirurgien suppléant M. Broca, en ce moment en vacances. Il a été pratiqué un lambeau inférieur, au moyen duquel a pu être recouverte la tête du premier métacarpien. Le rapprochement des lèvres de la plaie a été effectué par quelques points de suture. Pansement antiseptique de Lister; immobilité de l'organe.

Le 3 novembre, jour où M. Broca a repris son service, le malade était presque guéri. C'était, jusque-là, un beau cas pour célébrer le triomphe de la réunion par première intention. Mais, on va le voir, il était trop tôt de se réjouir.

Le 5, le malade semblait agité; il avait un peu de fièvre.

Le feu couvait sous la cendre.

En appuyant sur le carpe, en avant et jusqu'à 0,03 ou 0,04 au-dessus du pli articulaire, il se produisait un peu de douleur. Bains de bras.

Le lendemain, le gonflement s'étendait jusqu'au tiers supérieur de l'avant-bras, suivant le trajet du tendon du muscle fléchisseur du pouce.

On remarquait, en outre et surtout, un caractère très-important, sur lequel insistait fortement Laugier. Nous voulons parler d'un *œdème rose* de la peau. C'est là un indice presque certain d'une suppuration profonde. Ce phénomène, qui traduit une congestion périphérique, occasionnée par un engorgement du voisinage, eût suffi, à lui seul, pour dissiper toute incertitude. Ce caractère, disons-le en passant, a, plus d'une fois aussi, permis de reconnaître des abcès profonds de la région fessière. Dupuytren attachait une grande importance à ce phénomène.

Avec les doigts, on percevait bien une certaine sensation de fluctuation, mais cette dernière n'avait pas la netteté qui est le propre des épanchements abondants. C'est que dans cette région, le liquide n'occupe pas une cavité bien déterminée. Il est, en outre, profondément situé. En pareil cas, il ne faut donc pas trop compter sur ce caractère, pour asseoir son diagnostic. En de telles occurrences, on est heureux de pouvoir s'appuyer sur les autres signes pathognomoniques, à savoir : la fièvre, la tuméfaction et la coloration rosée dont nous avons signalé l'importance capitale.

Il faut bien se rappeler que les gaînes synoviales des tendons fléchisseurs du pouce et de l'auriculaire sont indépendantes de celles des trois doigts médians. Elles s'étendent aussi beaucoup plus loin, du côté de l'avant-bras. Ainsi s'explique la production de synovites tendineuses consécutives à l'amputation du petit doigt et du pouce, synovites qui, par extension de voisinage, peuvent se propager aux bourses synoviales des au-

tres doigts. Cette complication peut acquérir une telle gravité, que l'amputation du membre en a plus d'une fois été la conséquence obligée.

Guidé par les signes ci-dessus, M. Broca n'a pas hésité à faire une incision de deux travers de doigt, au dedans de la radiale, qu'il a eu soin de tenir écartée. Pour aller à la recherche du pus, il a fallu ensuite agir avec la sonde cannelée. Il a pu, de la sorte, pénétrer jusqu'au foyer purulent, et donner issue à une quantité de pus très-abondante.

Cette évacuation effectuée, il était indiqué de favoriser la sortie du pus, et d'éviter sa stagnation dans les parties profondes.

Avant l'application du drainage à la pratique chirurgicale, les cas de cette nature faisaient courir aux malades les plus grands dangers. Les bords des tendons se rapprochaient sous forme de boutonnière, et le pus se trouvait emprisonné.

L'indication capitale est donc de séparer les lèvres de la plaie. Avant l'emploi, devenu classique, des tubes à drainage, on a employé à cet effet les mèches de charpie. Plus d'une fois, ces mèches ont donné lieu à des hémorrhagies secondaires, par suite de l'ulcération des vaisseaux, produite par le contact de ces corps étrangers. Le même effet a été également produit, depuis l'application de la méthode de Chassaignac, lorsque l'on a fait usage de tubes multiples en caoutchouc. M. Broca a compté jusqu'à dix ou douze de ces tubes d'un petit calibre, dans les cas de phlegmons diffus. Ce mode de faire ne vaut guère mieux que l'emploi de la charpie, et a, plusieurs fois aussi, donné lieu à l'ulcération des vaisseaux et à des hémorrhagies consécutives. Dans un cas de cette nature, M. Broca a vu faire la ligature de la radiale et de la cubitale, puis celle de l'humérale, puis finalement l'amputation du bras.

On a renoncé à cette pratique. On n'emploie plus aujourd'hui qu'un seul tube d'un plus fort calibre, dont l'action est moins irritante. Grâce à cette modification, on n'observe plus d'accidents.

C'est ainsi que notre malade a été traité. Le soulagement a été rapide; il n'est survenu aucune complication. Aujourd'hui, tout fait croire à une prochaine guérison.

§ 2. — Hygroma aigu. — Nécessité de la prompte évacuation de la collection. — Tube à drainage.

Le malade est menuisier-parqueteur. Chez cet homme, les bourses pré-rotuliennes sont développées, par suite de la nature de ses travaux. C'est sous l'influence de ces pressions, de ces frottements réitérés, qu'il s'est produit un hygroma aigu du genou droit. Dans les cas de ce genre, la collection est tout d'abord séreuse. Mais elle tourne vite à la purulence. En de telles conditions, l'inflammation s'étendant au tissu cellulaire peut, en fort peu de temps, en dix ou douze jours, donner lieu à un phlegmon diffus. Il est donc d'une sage pratique de ne pas trop attendre, et de donner promptement issue au liquide colligé. C'est ainsi qu'a procédé M. Broca. Il a fait hier une petite incision. L'épanchement évacué, il a introduit, au travers de la plaie, un tube à drainage de 0,04 de longueur environ, tube dont l'extrémité interne a été taillée en bec de flûte, pour la facilité de la pénétration.

Dr Ch. Ferrant.

(*A suivre.*)

POLICLINIQUE CHIRURGICALE

A propos d'un cas d'hémorrhagie artérielle, arrêtée instantanément, au moyen de la cautérisation faite avec la pile Planté.

Dernièrement, on vient me chercher en toute hâte, pour une femme, qui, me dit-on, perdait tout son sang.

Chemin faisant, j'apprends que cette

femme avait reçu un coup de pelle sur le nez, et que deux pharmaciens avaient en vain essayé d'arrêter l'hémorrhagie.

En arrivant, je trouve la femme assise sous une porte cochère, la face blême, les vêtements ensanglantés, et le nez recouvert d'un morceau d'amadou imbibé de perchlorure de fer, sous lequel s'écoule une nappe de sang.

J'enlève le pansement, et aussitôt un jet saccadé m'assure que j'ai affaire à une hémorrhagie artérielle.

La plaie, étroite, assez profonde, siége à la réunion des os propres du nez avec les cartilages. Il est impossible de songer à une compression indirecte, et la ligature, au fond de cette plaie, dans la rue, sans aide, me semble bien difficile.

Heureusement, j'avais eu soin de prendre avant de partir un petit appareil qui permet de rougir instantanément un fil de platine.

Je nettoie rapidement la plaie, j'y plonge mon fil rougi, et immédiatement l'hémorrhagie s'arrête.

Les suites ont été fort simples, et, au bout de quelques jours, il ne restait que de l'anémie, résultant de la grande quantité de sang perdu.

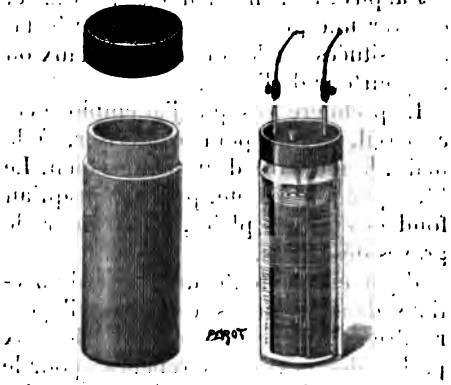
C'est bien là le procédé qu'on employait avant qu'Ambroise Paré eût institué la ligature des artères; mais ce procédé, autrefois si barbare, peut être appliqué maintenant d'une façon extrêmement simple.

Je crois rendre service à mes confrères, en leur faisant connaître l'appareil qui m'a servi à pratiquer cette opération.

C'est un petit élément des piles secondaires de M. Gaston Planté, piles qui ont la propriété d'emmagasiner, sous un petit volume, une très-grande quantité d'électricité, au point qu'une batterie, donnant un courant de décharge temporaire, équivalent à celui de 600 éléments Bunsen, peut tenir sur une simple table. Tout le monde sait que, pour loger 600 Bunsen, il faut un immense hangar.

La pile Planté se compose de deux lames de plomb séparées par des bandelettes de caoutchouc, roulées en spirale et baignées dans de l'eau acidulée, qu'on ne renouvelle jamais; l'appareil peut donc être hermétiquement clos. Lorsqu'elle a été bien préparée, cette pile, qui n'est qu'un accumulateur analogue, si l'on veut, à la bouteille de Leyde, et non une source d'électricité, cette pile, dis-je, peut être facilement chargée au moyen de trois éléments au sulfate de cuivre, avec lesquels on la laisse en contact pendant plusieurs heures.

Une fois chargé, l'appareil Planté peut être transporté au loin; au bout de plusieurs jours il possède encore presque toute la charge. Il donne du feu pendant plusieurs minutes, dont le nombre varie, suivant la grandeur de l'appareil et la grosseur du fil que l'on veut rougir.



L'élément que nous employons est haut de 15 centim. n'est pas plus gros qu'une fiole à potion. Il pèse de 6 à 700 grammes, et donne du feu pendant quatre minutes, avec un fil de 3/10 de millimètre.

Enfermé dans un étui, il tient très-bien dans la poche avec ses accessoires, c'est-à-dire deux fils conducteurs et un porte-cautère.

C'est dans la poche encore qu'il doit rester tout le temps de l'opération. Il n'y a d'apparents, alors, que les deux fils conducteurs et le porte-cautère, dont on ne fait rougir le fil qu'au moment de l'appliquer.

La mise en scène n'a donc rien d'effrayant.

Cette manière de procéder a encore l'avantage de permettre d'opérer, le malade étant assis, couché ou debout; si

le patient fait un mouvement, on le suit très-facilement.

La pile Planté est avantageuse dans tous les cas où on a à faire une petite opération, qui ne demande qu'un petit cautère, pour quelques minutes : ouverture d'abcès, dans les cas où l'on craint un érysipèle; cautérisation d'un nerf dentaire, du canal lacrymal, enlèvement de petites tumeurs pédiculées, etc. Je l'ai appliquée à la cautérisation des loupes de la tête; il suffit de faire une cautérisation linéaire, cruciale, et, au bout d'une vingtaine de jours, lorsque l'eschare se soulève, on la prend avec des pinces et toute la masse du kyste vient d'un seul coup.

J'ai pu également, en une seule séance, enlever une grande quantité de végétations situées sur les organes génitaux ou au pourtour de l'anus.

La première fois que j'ai employé cet appareil, c'était pour cautériser, à la main, la morsure d'un jeune chien. Le fil, replié en pointe, pénétra jusqu'au fond des petites plaies, sans causer de graves désordres.

Il y a encore toute une série d'affections dans lesquelles cet appareil peut rendre de très-grands services. Je veux parler des névralgies rebelles, pour le traitement desquelles Valleix avait institué la cautérisation transcurrente.

C'est cette méthode que j'ai remise en vigueur avec succès dans un bon nombre de cas de névralgies faciales et de sciatiques.

L'appareil donne assez de courant pour qu'on puisse appliquer une soixantaine de petites pointes de feu dans la même séance.

Dans l'observation qui fait le sujet de cette communication, la pile Planté eût été difficilement remplacée par un autre appareil; et si jamais la brave femme opérée éprouve le besoin de témoigner sa reconnaissance, c'est à M. Gaston Planté qu'elle devra faire parvenir ses remerciments, ce dont je me chargerai d'ailleurs très-volontiers.

Dr MORET,

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Caries osseuses; abcès ossifluents et fistules consécutives chez des scrofuleux; guérison rapide par le phosphate de chaux, par le Dr D. de Riols.

Les bons effets du phosphate de chaux dans les manifestations ordinaires de la scrofule sont trop connus, pour qu'il soit nécessaire d'en parler; mais il peut être intéressant de signaler son action dans les accidents graves qui accompagnent quelquefois cette diathèse. Ici la thérapeutique est souvent impuissante, en effet, et l'on doit s'estimer heureux de rencontrer un médicament doué de quelque efficacité; or, elle a été remarquable dans les deux cas que nous allons relater.

Fernand D..., âgé de dix-sept ans, a eu dans son enfance des ganglions suppurés dont il porte de nombreuses traces, et il y a quinze mois qu'il est atteint de la maladie pour laquelle il demande nos conseils.

Il a déjà fait une saison de Barèges, il a pris en quantité de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer; on lui a fait de nombreuses injections de teinture d'iode, d'eau phéniquée et autres topiques qu'il ne peut nous indiquer, le tout sans résultats.

État actuel. — L'amaigrissement est extrême, la constitution profondément altérée. — La région tibiale gauche présente au tiers moyen un gonflement considérable; la peau, de couleur vineuse, est adhérente aux tissus sous-jacents. Une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, à bords fongueux, se montre à la partie supérieure et donne issue à une sécrétion séro-purulente fétide. Un stylet pénètre facilement à 3 centimètres entre le tissu cellulaire et la substance osseuse, et on entend une crépitation caractéristique.

Comme traitement général, je prescris, à l'exclusion de tout autre médicament, quatre cuillerées par jour de solution

de chlorhydro-phosphate de chaux, à prendre aux repas dans un peu de vin pur; régime aussi substantiel que possible. Localement, je me borne à des irrigations d'eau alcoolisée et à l'application d'un gâteau de charpie imbibée d'eau chlorurée (hypochlorité de chaux).

Dès le dixième jour, l'état général s'était notablement amendé; un mois après, l'embonpoint était revenu, le gonflement avait disparu, l'ulcération s'était limitée et la sécrétion purulente existait à peine. Enfin, deux mois après le début du traitement, la cicatrisation était complète, et l'état général excellent.

Le second cas ne m'appartient pas. Il m'a été communiqué par mon ami le docteur Dichary, qui a bien voulu me remettre à ce sujet une note sommaire; mais je connais la malade, je l'ai vue ces jours-ci, et depuis trois ans elle jouit d'une santé parfaite.

Mademoiselle C..., couturière, 14, rue de Lancry, est âgée de vingt ans. — Elle est anémique, délicate, et présente les attributs du tempérament lymphatique. Le 30 mai 1873, je fus appelé pour examiner son pied gauche, qui depuis plusieurs jours présentait un gonflement douloureux. — Je trouvai, à la face dorsale, plusieurs points fluctuants et je me bornai à prescrire des cataplasmes. — Bientôt il se fit plusieurs ouvertures spontanées qui furent suivies d'ulcérations assez étendues. Puis, à son tour, le talon devint le siége de violentes douleurs, d'abcès suivis de fistules, et on put facilement constater une carie du calcanéum.

Malgré un traitement général et local énergique, la situation resta la même jusqu'au 2 juillet. Ce jour-là, M. Demarquay, appelé en consultation, engagea la malade à entrer à la Maison municipale de santé. — Elle y fit un assez long séjour; mais, ne voyant aucune amélioration, elle retourna chez ses parents.

Le pied était toujours très-gonflé, les fistules persistaient, et l'état général s'altérait de plus en plus, malgré un excellent régime et l'emploi des divers toniques, quinquina, fer, huile de foie de morue, etc. — C'est dans ces conditions que je lui conseillai la solution Coirre de chlorhydro-phosphate de chaux. — Une amélioration des plus sensibles eut lieu tout d'abord dans l'état général. Les joues se colorèrent, l'appétit et l'embonpoint revinrent; puis le pied diminua de volume, les fistules se tarirent, et la malade put faire facilement de longues promenades. — Après trois mois, la guérison était complète.

Quoique un peu écourtées, ces deux observations suffisent néanmoins pour montrer tout le parti que l'on peut tirer du phosphate de chaux et particulièrement du chlorhydro-phosphate de chaux dans le traitement des accidents graves de la scrofule, si longs en général à disparaître. Deux à trois mois ont, en effet, suffi pour obtenir une guérison définitive dans deux cas graves, déjà anciens, et chez lesquels toutes les ressources ordinaires avaient échoué.

Il nous semble, de plus, qu'on ne peut méconnaître l'action toute spéciale que le phosphate de chaux exerce, dans ces cas, sur la réparation du tissu osseux, action dont on retrouve d'autres exemples dans le cas de fractures ou de blessures des os. — Une simple action reconstituante, comme celle qui a lieu dans l'anémie, la chlorose, la scrofule ordinaire, la phthisie, ne saurait suffire, en effet, pour expliquer des guérisons aussi rapides.

De l'action des dragées Dominiques (arséniate de fer naturel) dans la chlorose et la dyspepsie, par le Dr Barou.

L'arséniate de fer et de soude, à l'état de nature, rend des services signalés dans le traitement de la chlorose et de l'anémie. A l'appui de cette opinion, bornons-nous à rapporter les quelques faits suivants, puisés dans la pratique d'honorables confrères.

M. le docteur Godefroy nous signale d'abord les résultats obtenus dans un cas de chlorose ancienne.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, lymphatique, atteinte de fleurs blanches abondantes. Elle était pâle, amaigrie, décolorée. Elle avait de la gastralgie, des vomissements, des maux de tête et des douleurs erratiques dans les membres. Elle toussait beaucoup la nuit. Toute la série des préparations ferrugineuses avait été employée sans aucune amélioration. Le 20 juillet dernier, les dragées de la Dominique furent conseillées par notre confrère à la dose de deux par jour, une à chaque repas.

Vers la fin de juillet, cette malade avait repris un peu de force. Elle mangeait et digérait mieux. Les fleurs blanches avaient presque disparu; elle ne se plaignait plus de ses douleurs et toussait très-peu.

Le 17 août l'amélioration était des plus remarquables. M. Godefroy a donné le conseil de continuer l'usage des dragées de la Dominique pendant au moins quelques mois.

M. le docteur Cayral a traité, par les dragées de la Dominique, une dame âgée de trente ans, atteinte depuis quelques années d'une pharyngite granuleuse. Appelé pour une rechute, notre confrère pensa que les dragées de la Dominique étaient indiquées. Elles avaient, de plus, l'avantage de se présenter sous une forme agréable à une personne fatiguée de prendre des médicaments dont on masque difficilement la saveur. Il dit avoir obtenu de cette médication des effets beaucoup plus avantageux que de tous les autres modes thérapeutiques jusqu'alors utilisés.

M. le docteur Cayral signale aussi les bénéfices qu'il a tirés de l'emploi des dragées de la Dominique dans le cas suivant.

La malade, âgée de vingt-six ans, avait éprouvé, il y a un an, des hémorrhagies si abondantes qu'elle en était profondément débilitée. Au commencement d'une nouvelle grossesse, elle se trouva en proie à une dyspepsie grave (manque d'appétit, nausées, vomissements muqueux, salivation incessante, etc.). La conception remontait à un mois. Les mêmes accidents, moins forts cependant, s'étaient manifestés à la première grossesse. Attribuant l'intensité des phénomènes sympathiques à l'appauvrissement du sang, il ordonna les dragées de la Dominique. L'amélioration fut rapide. La salivation disparut à la cinquième dragée, et les autres symptômes s'amendèrent successivement.

Nous terminerons cette petite revue en mentionnant l'opinion de M. le docteur Briot :

« Le goût agréable des dragées de la Dominique permet aux malades de les croquer comme dragées ordinaires ; fait qui, dans certains cas, facilite leur administration d'une manière remarquable. Elles n'ont jamais déterminé la constipation, conséquence ordinaire de l'usage des ferrugineux. Enfin, et c'est le point capital, l'association de l'acide arsénieux m'a paru activer l'effet corroborant du fer. Il se peut que la constitution des globules rouges ait été activée, car l'arsenic est, comme on le sait, un agent combattant la désassimilation. De plus, son association m'a permis de donner le fer dans certaines hypertrophies du cœur, où l'usage seul du fer est peut-être dangereux. »

Grossesse double de deux mois et demi à trois mois. — Avortement d'un premier fœtus. — Treize jours après, avortement du deuxième fœtus. — Sortie des deux placentas isolés. — Symptômes graves d'infection purulente. — Délire sous l'influence du traitement alcoolique. — Guérison.

Mme C..., âgée de quarante ans, a eu six enfants et deux fausses couches; quatre de ces enfants vivent. Tous sont venus à la suite de grossesses unipares. La dernière grossesse remonte à quatre ans.

Dans sa famille, antécédents et collatéraux n'ont jamais eu de grossesses doubles. Une cousine germaine de son

mari seulement est accouchée de deux jumeaux.

Si je signale ici cette particularité, c'est que le pouvoir fécondant du mari semble n'être pas étranger à la production des grossesses doubles, témoin ce fait rapporté par Depaul (p. 198 de ses *Leçons de clinique obst.*) dans lequel un homme, après avoir eu vingt et un jumeaux avec sa femme, en sept couches, en eut trois autres avec sa jeune bonne qui était devenue sa maîtresse.

Au commencement de juillet 1876 les règles chez Mme C... manquent pour la première fois depuis sa dernière couche, ou du moins elles ne se traduisent que par quelques gouttes de sang. Le 3 juin précédent elles avaient été normales.

Sur ces entrefaites, divers changements étant survenus dans la maison qu'elle habite, elle se fatigua plus que ne le permettaient ses forces et son état, et elle perdit un peu de sang.

La perte devint bientôt assez forte pour qu'elle fût forcée d'appeler un médecin.

Le confrère appelé prescrivit le repos et une potion au perchlorure de fer.

Le dimanche 3 septembre, trois mois juste après les dernières règles et quinze jours après l'apparition des premières pertes, elle me fit appeler. Je constatai que l'utérus remontait à quatre travers de doigts au-dessus des pubis et j'annonçai une grossesse probablement plus avancée que l'on ne le supposait.

Dans la soirée de ce jour, vers six heures et demie, Mme C... expulsa brusquement, sans contractions et sans nouvelle hémorrhagie, en se mettant sur le vase de nuit, un fœtus parfaitement formé, long de 53 millimètres que je recueillis dans l'urine et déclarai, d'après son développement, être un embryon de deux mois et demi (Verrier, *Man. prat. de l'Art des acc.*, 2e éd., p. 119). Au toucher, on trouve le col long et dur, l'orifice externe légèrement entr'ouvert, on ne peut faire pénétrer que la pulpe du doigt, donc l'orifice interne est bien fermé. Les jours suivants se passent sans accidents.

Cependant, le 12 septembre le placenta de l'embryon expulsé n'est pas encore rendu; l'utérus, très-élevé, remonte toujours à quatre travers de doigts au-dessus des pubis, sa forme est arrondie, le col toujours dans le même état et le segment inférieur de la matrice donnant la sensation d'une tumeur irrégulière paraissant faire corps avec l'organe.

Le toucher rectal confirma ce renseignement.

Or, ces sensations m'avaient, dès le jour même de l'avortement, fait porter le diagnostic d'une grossesse double. Mais en l'absence de signes certains et en présence des dénégations d'un confrère expérimenté, du doute ou de l'abstention d'un autre confrère, je n'avais pas insisté autrement.

Si cependant nous cherchons à établir par exclusion les causes de cette rétention prolongée du placenta *sans accidents* de putridité ou d'hémorrhagie, nous ne voyons guère que la grossesse double qui puisse se présenter à notre esprit avec ce volume exagéré et régulier de l'abdomen, la persistance de l'imperméabilité du col.

Auscultée avec grand soin par moi, je n'entendis aucun bruit que je pusse rattacher à des bruits fœtaux.

D'un autre côté, la résorption d'un placenta de deux mois et demi est excessivement rare, et si, dans la science on cite deux cas [peut-être apocryphes] de résorption placentaire sans accidents, presque toujours, au contraire, on voit les rétentions, dès qu'elles se prolongent au delà de cinq à six jours, amener soit des phénomènes d'infection, soit des hémorrhagies. Nous étions ici au douzième jour. Il nous fallait donc chercher une cause à cette rétention autre qu'une simple adhérence ou un enchâtonnement.

Ce motif, pour moi, existait dans la coïncidence d'une autre grossesse et — je le supposais du moins — dans l'adhérence des deux placentas ou l'unicité de cette annexe. Le volume et la régularité

de l'utérus n'étaient-ils pas d'ailleurs des arguments de grande valeur?

En effet, l'existence d'une métrite ancienne qu'aurait eue la malade à la suite d'une couche précédente ne pouvait expliquer ni ce volume, ni cette régularité persistante de la matrice; tout au plus aurait-elle pu compter comme une des causes de l'avortement qui avait eu lieu.

La possibilité de la transformation du placenta en môle polypiforme ou même hydatiforme ne l'aurait pas expliqué davantage.

La résorption complète et sans putridité — si tant est qu'elle soit possible — aurait plutôt amené le retrait de l'organe que son développement. Or, ce développement devenait de plus en plus appréciable et me confirmait dans l'idée de la coïncidence d'une grossesse double existante.

Ils ne sont pas si rares, d'ailleurs, ces cas où dans une grossesse gémellaire un premier fœtus a été expulsé tandis que l'autre continuait à vivre. Je pourrais en citer plus d'un où le placenta du premier fœtus même n'avait pas été rendu, ce qui n'avait pas empêché le deuxième fœtus de persister à croître dans la matrice. Le livre de M. Depaul, dont je parlais tout à l'heure, en rapporte plusieurs exemples frappants.

Le 13 septembre, à minuit, Mme C... eut un violent frisson, mais de courte durée.

Le 14 septembre au matin. La malade était remise — elle me raconte ce qui est arrivé. — Repos au lit.

Justement alarmé je provoque pour deux heures une consultation avec trois confrères. L'un d'eux, le Dr C..., qui avait déjà vu la malade et auquel j'avais fait part du frisson de la nuit, se trouve empêché de venir à l'heure convenue.

Nous n'en examinons pas moins la malade avec tous les soins que comporte son état.

Nous avions compris toute la gravité du frisson dans de semblables circonstances. Une absorption putride se faisait, le placenta noté dans l'utérus pouvait seul en être la cause, et bien que les lochies n'eussent encore présenté jusqu'ici aucune odeur, il fallait à tout prix débarrasser l'utérus de ce corps désormais étranger. Le toucher ne nous apprenait rien, le col était toujours long, rigide et fermé, du moins l'orifice interne, mais pas assez pourtant pour que l'air n'ait pu s'introduire, ce que démontrait le commencement d'absorption putride accusé par le frisson et non par l'odeur.

Nous convînmes donc que nous dilaterions le col avec l'éponge préparée pour avoir accès dans l'utérus et extraire le placenta; dans la journée même et d'un commun accord entre les confrères présents je fus chargé de l'opération.

Je donnai rendez-vous à six heures au mari de la malade pour m'aider dans cette petite opération.

J'étais présent à mon poste à l'heure convenue et pendant que la malade urinait, avant de prendre position pour la dilatation du col, elle sentit un flot de sang s'échapper dans le vase et faillit avoir une syncope; on la recoucha la tête basse, le bassin élevé, je fis donner de l'air frais et pris toutes les mesures nécessaires pour mettre fin à l'hémorrhagie ou au moins la combattre par des compresses d'eau froide tordues, fréquemment renouvelées, etc.

Le placenta se détachait donc enfin dans sa partie restée adhérente, ce qui — je le pensai du moins — allait faciliter mon opération. Le col néanmoins restait toujours fermé, mais à travers l'étroite ouverture de l'orifice on sentait un corps assez dur qui venait obstruer le passage, et le segment inférieur de l'organe donnait à la percussion une sensation de mobilité que je n'avais pas encore perçue.

Je renonçai donc à l'éponge et j'attendis — en surveillant l'hémorrhagie — que la dilatation du col s'opérât seule sous l'influence des contractions et des sollicitations internes du placenta détaché.

Je ne quittai pas la malade. — L'hémorrhagie s'était arrêtée. J'estimai à

deux litres environ la quantité de sang perdue.

A 10 heures. — L'orifice était assez large pour me permettre de circonscrire un corps ovoïde recouvert de caillots sanguins frais s'engageant dans le col. Sur ce corps j'exerçai quelques tractions, mais, sentant une résistance, je n'insistai pas, préférant laisser toute la portion du placenta engagée, ce qui maintenait la dilatation du col.

A minuit. — Une légère traction opérée avec le doigt dégagea enfin le placenta dont la plus forte partie était déjà dans le vagin. Je l'amenai au dehors.

Ce placenta paraissait très-frais, n'avait aucune odeur, les caillots qui l'entouraient étaient rouges vifs ; les membranes, résistantes, étaient rompues de fraîche date, le fœtus sorti depuis peu. Dans leur repli interne, qui formait comme une sorte de fosse naviculaire, on trouvait encore quelque peu d'un liquide blanc jaunâtre que l'odeur, le toucher m'indiquaient être du liquide amniotique. Sur la partie postérieure de ce placenta, il manquait une couche peu épaisse de villosités de la largeur d'une pièce de 1 franc à peu près.

Je repassai de suite le doigt dans l'utérus et je sentis un autre corps étranger comme enchâssé dans la corne gauche de l'organe. Sa surface grenue me donna à penser tout d'abord que j'étais sur le point d'implantation du placenta et que j'avais sous le doigt quelques débris encore adhérents du placenta. Mais en cherchant à en débarrasser l'utérus, il me fut facile de voir que j'avais là un corps volumineux, c'est-à-dire un second œuf, ce qui venait confirmer le diagnostic de grossesse gemellaire porté par moi précédemment, et ce que confirmait aussi le volume toujours très-élevé de l'utérus.

Dans ces circonstances, ne sachant si l'œuf était intact, s'il vivait, étant d'ailleurs au milieu de la nuit, seul avec le mari de la malade, laquelle était très-affaiblie par une perte considérable, très-nerveuse et impressionnée d'un fait que je n'avais pas cru devoir lui cacher, je remis au lendemain la décision à prendre et l'examen à faire, et je me couchai chez elle dans une chambre voisine pour être à portée de la secourir si besoin était.

Le 15 septembre. — A six heures du matin, la malade expulse spontanément en se mettant sur le vase pour uriner un deuxième placenta. Celui-ci, un peu moins volumineux que celui que j'avais extrait, est entouré de caillots noirâtres. Il paraît détaché depuis longtemps. La cavité amniotique est collée contre la face fœtale de l'organe ; les membranes soulevées sont d'un blanc mat, elles sont friables, se laissent déchirer facilement. Cet aspect donne à penser que nous avons sous les yeux le placenta du premier fœtus expulsé il y a treize jours, lequel placenta devait être décollé depuis longtemps, mais retenu dans la cavité utérine par l'autre fœtus encore contenu dans son œuf. Le dernier placenta expulsé ne sentait pas mauvais, cependant ce ne peut être que lui qui a donné lieu au frisson et a amené le décollement du second placenta, l'hémorrhagie et l'expulsion de l'autre œuf.

Cette fois l'utérus a diminué de hauteur et de volume ; le col, assez largement ouvert, me permet de constater qu'il ne reste rien d'appréciable dans la cavité de cet organe. Quelques débris du premier placenta expulsé étaient sortis avec des caillots en même temps que le deuxième placenta. Bref, l'avortement des deux œufs était complet, bien que nous n'ayons pu retrouver le second des fœtus qui, sans doute, était tombé dans l'urine ou les matières pendant que la malade s'était mise sur le vase.

Examen des placentas.

Le premier sorti, qui était le plus frais et, d'après moi, le dernier détaché (1) pesait . . . . 47 gr.

Il mesurait dans sa plus grande longueur. . . . 8 centim.

(1) Cette opinion est aussi celle de M. Champtier de Ribes, interne des hôpitaux de Paris alors présent à Monaco, qui a vu les pièces anatomiques.

Dans sa plus petite. . .	4 cent. 1/2
La circonférence était de.	0,19 centim.
Le second placenta, plus petit, entouré de caillots noirâtres, celui, d'après mon appréciation, qui appartenait au fœtus que nous avions recueilli le 3 septembre, pesait.	33 gr.
Les dimensions étaient de.	6 sur 4 cent.
Et sa circonférence de.	15

N'est-il pas évident que ce placenta était détaché depuis au moins douze jours, qu'il appartenait, par conséquent, au premier fœtus, ne vivait plus dans la cavité utérine et que c'était lui qui avait fourni les éléments de l'absorption précédemment observée.

Le second des œufs, au contraire, avait, avec le fœtus qu'il avait contenu, continué à puiser les éléments de sa nutrition dans la cavité utérine; aussi voyons-nous le placenta avoir profité davantage en poids et en volume, et n'est-ce que par suite de la présence du premier placenta, devenu un petit cadavre, lequel n'avait pu être expulsé vu la position plus profonde qu'il occupait, que la matrice avait fini par réagir et chasser les deux œufs de sa cavité.

Je ne doute pas que si cette grossesse gémellaire eût été composée d'un seul placenta pour les deux fœtus, le second de ces fœtus aurait pu continuer à vivre et la grossesse arriver à terme (1).

Les 16, 17 et 18 septembre. — La femme va aussi bien que possible, je pratique moi-même des lavages dans l'intérieur de l'utérus avec de l'eau phéniquée; quatre fois par jour, je donne la potion de Tood à 60 gr. d'eau-de-vie et j'alimente la malade.

Dans la nuit du 18 au 19, léger frisson pris par la malade pour un frisson de froid.

Le 19. — L'injection du matin sort un peu rosée, j'ajoute au traitement 1 gr. de sulfate de quinine.

A midi. — Violent frisson. — Je pratique une injection; par l'œil du canal déférent de la sonde s'engagent quelques petits caillots noirâtres sentant mauvais et un lambeau grisâtre ressemblant à un lambeau membraneux et me paraissant provenir de l'exfoliation de la muqueuse utérine. Ce produit n'a aucune odeur. Placé dans l'eau on ne remarque point de villosités. L'eau de retour est encore rougeâtre et légèrement odorante. J'ajoute au traitement du thé chaud au rhum à haute dose et un lavement phéniqué.

A 6 heures nouvelle injection, rien ne sort qu'un peu de sang qui suffit pour teindre en rouge toute l'eau contenue dans le bassin. Je renouvelle de suite l'injection sans déplacer l'instrument.

Immédiatement après l'injection la malade est prise d'une douleur vive, subite dans les deux régions ovariennes, à droite surtout, douleur telle que je pus craindre un instant la pénétration du liquide par les trompes et le développement d'une péritonite suraiguë et certainement mortelle.

Je fais de suite recouvrir l'abdomen d'une épaisse couche d'onguent napolitain, par-dessus laquelle on applique un cataplasme, et, après avoir prescrit une potion calmante, je vais moi-même quérir un confrère pour examiner avec lui la cause de cette nouvelle complication.

A notre arrivée, à peine une demi-heure après, les symptômes alarmants avaient disparu, il ne restait plus qu'une douleur obtuse dans l'abdomen que l'on pouvait palper sans provoquer de sensation pénible. Elle avait vomi son dîner qui se composait d'un potage et d'une aile de poulet. Après une heure de repos, on reprend la potion de Tood, et comme la malade se refuse à boire davantage de rhum, après avoir vidé l'intestin, on lui donne un lavement avec

(1) Cependant il m'est toujours resté un doute, en raison de la petite perte de substance signalée plus haut, sur le premier placenta sorti. Etait-ce le résultat d'une adhérence de ce placenta à l'utérus ou à son congénère? Je penche pour la première hypothèse puisque le deuxième placenta ne présentait rien de semblable.

45 gr. de rhum dans une très-petite quantité d'eau. Sulfate de quinine, 0,50 en une fois.

De 11 heures à midi. — Nouveau violent frisson, cette fois prolongé : boules d'eau chaude aux pieds, dans le dos, couvertures de surcharge, et pendant que la période de sueur commençait à se manifester, la malade est prise tout à coup d'un délire alcoolique très-prononcé.

Elle crie, pleure, appelle, accuse, craint la mort, etc., etc., se recommande à Dieu. Mon confrère présent et moi avons peine à la maintenir, lorsqu'un prêtre de la maison qui l'avait entendue crier monte et réussit à la calmer un peu. Pouls 120, irrégulier. Battements tumultueux du cœur calmés par la compression avec la main.

Le reste de la nuit se passa dans une sorte de stupeur, d'ébriété et la malade se plaint d'un violent mal de tête. Elle répond par monosyllabes ou elle reste les yeux fixes, sans répondre. Surdité et bruits quiniques. Je demeure près d'elle dans la crainte de nouveaux accidents.

Le 20 septembre. — Grande faiblesse le matin, grande sueur. — Continuation de l'ébriété, mais à un moindre degré. On écarte les doses de la potion alcoolisée. Sulfate de quinine, 0,50 en une fois. Diète. Tisane de limonade édulcorée avec du sirop d'eucalyptus. Injection *vaginale* avec teinture d'eucalyptus dans l'eau. Lavement laudanisé : 12 gouttes, rhum 45 gr. et eau 100 gr.

La duchesse d'U... vient voir la malade; cette visite lui procure un grand soulagement.

Le 21. — Pas de nouveau frisson. — On continue les injections vaginales, les lavements laudanisés au rhum à 30 gr. seulement et la potion de Tood à 40 gr. d'eau-de-vie.

Bouillon, potage, vin. Nuit bonne.

Le 22. — Pas de nouveau frisson. Plus de lochies. Pas d'odeur. Le toucher ramène du mucus vaginal seulement, injections de propreté. 1 gr. de calomel. On fait le lit. Huîtres, potages. Lavement, 30 gr. de rhum. Suppression de l'onguent napolitain qui a déterminé une stomatite. Gargarisme, 8 gr. chlorate de pot., eau 250. Sulfate de quinine, 0,50.

Le 23. — Pouls 80. État général et local bon.

Même traitement. La potion alcoolisée est réduite à 20 gr.

Suppression du sulfate de quinine. Potages, pruneaux, poisson.

Le 24. — On me fait appeler à minuit. Léger frisson, malaise avant mon arrivée. On donne un grog au vin chaud.

Pouls, 80 faible.

Bromhydrate de quinine, 1 gr. en deux fois à cinq heures d'intervalle.

Le matin, 20 gr. d'huile de ricin. Suppression du lavement alcoolisé et laudanisé.

On rapproche les cuillerées de la potion à l'alcool à une demi-heure d'intervalle.

État local très-bon.

Injection de propreté. Linge blanc.

On change la malade de chambre.

Potages. Une caille.

Je crois qu'un foyer se forme quelque part. Rien dans le bassin, l'utérus ni les ligaments larges, rien dans les veines du membre inférieur. Le foie, percuté avec soin, ne donne aucun indice.

Cependant, il y a de la douleur épigastrique avec irradiation des deux côtés comme dans les cas d'inflammation de la veine porte. *A surveiller de très-près.*

Le 25. — Nuit bonne, a dormi jusqu'à deux heures mat. Pouls, 76.

Le purgatif a donné huit selles.

Suppression du lavement alcoolisé; retour à la potion de Tood à 60 gr.

Lavement de guimauve tous les jours. Injections vaginales.

Sulfate de quinine, 0,50 par jour. Tisane de quinquina.

Aliments gras.

Le 26. — A dormi jusqu'à une heure du matin, ensuite agitation sans motif. Pouls, 76. Douleur nerveuse sur le trajet des nerfs du plexus cœliaque. Quatre selles, les aliments passent sans être digérés; en somme, bien. Aliments, viande. Continuation du sulfate de quinine.

foie, percuté, donne 13 cent. lig. mammaire en avant.

Le 27. — Bien. Pouls, 76. Hier dans la journée, le Dr B... qui était allé voir la malade a trouvé le pouls à 60.

Il est petit et dépressible.

Le 28. — Le mieux continue. Pouls, 76.

Se lève une heure et demie, s'en trouve très-bien.

Le 29. — Entre en pleine convalescence.

En janvier 1877 j'ai revu Mme C... à Paris, parfaitement rétablie.

Dr VERRIER.

PHARMACOLOGIE.

Le fer Dialysé

Mon intention n'est pas de faire ici le procès des préparations martiales en faveur jusqu'à ce jour. Chacun, cependant, leur reconnaîtra avec moi les inconvénients suivants :

La plupart des ferrugineux offerts sous forme de dragées, pilules, poudres, etc., traversent l'estomac et passent dans les intestins sans s'y arrêter. Aussi sont-ils rejetés, sans même avoir été attaqués par les sucs gastriques de l'estomac, dans le même état qu'ils ont été ingérés. Les sels de fer, sulfates et chlorures, absolument immuables, cyanure, ferrico-potassique, etc., traversant l'économie sans rien lui céder, sont par là même impropres à reconstituer les globules. Ils ne peuvent agir qu'en qualité d'astringents ou de diurétiques. Une preuve évidente qu'il en est ainsi, c'est la couleur noire des excréments, observée dans l'usage de presque tous les ferrugineux. De plus, il est évident que toutes les fois qu'on administre une préparation martiale quelconque, phosphate, citrate, lactate, carbonate, iodure, etc., l'estomac, pour en absorber une partie, est obligé de se livrer à un travail de décomposition et de réduction de ces sels, pour que les acides gastriques puissent ensuite les attaquer (à l'état d'oxyde) et former des sels solubles. De là, chaleur de l'épigastre, éructations sulfureuses et tous les autres inconvénients résultant de cette opération chimique.

Depuis longtemps, frappé de la défectuosité des différentes préparations martiales en usage, j'avais fait de nombreuses recherches sur les perfectionnements qu'on était en droit de désirer lorsqu'en 1869, je m'occupai plus spécialement des oxydes de fer solubles. Après dix-huit mois d'expérimentation, je parvins à créer la véritable formule du *fer dialysé* et à prouver qu'on pouvait convertir 30 à 40 équivalents d'oxyde de fer, tenus en dissolution dans un seul équivalent d'eau.

Voici l'explication de l'opération sur laquelle se fonde mon procédé.

Dialyse. — Lorsqu'on veut *dialyser* (1) un corps quelconque, colloïde ou cristalloïde, sel, acide, amidon, ou fécule, on le place dans un récipient de verre recouvert d'une coiffe de baudruche, ou dans un vase poreux. On plonge le tout dans l'eau distillée. Au bout d'un certain temps, par le fait de l'endosmose, ou diffusion, les colloïdes restent dans le dialyseur, et les cristalloïdes se dissolvent dans l'eau distillée.

M'appuyant sur cette singulière propriété de l'*inégale diffusion des corps colloïdes et cristalloïdes*, en dissolvant d'abord, dans un équivalent d'acide, 30 à 40 équivalents d'oxyde de fer, et en les plaçant dans le récipient dialyseur, j'arrivai après soixante à quatre-vingts jours de préparation, et en renouvelant le bain chaque jour, à retirer l'équivalent d'acide ayant servi à la préparation de l'oxyde de fer (ce dernier, étant dans la classe des cristalloïdes, avait passé à travers la membrane de haut en bas), et à remplacer cet équivalent d'acide par un équivalent d'eau qui, par une espèce de courant établi pendant tout le temps de la préparation, est monté de bas en haut, et a suffi pour tenir en dissolution une aussi grande quantité d'oxyde de fer.

(1) De διά, préposition disjonctive, et λύω, dissoudre. — Dissolution.

Comme résultat final, on obtient une préparation de fer très-concentrée, contenant de 30 à 40 équivalents d'oxyde de fer, tenus en dissolution dans *un simple équivalent* d'eau, à l'exclusion de tout acide, puisque cet acide est passé dans le bain du dialyseur.

Il est facile de s'assurer de la disparition absolue de toute trace d'acide, de la neutralité complète de la solution, en l'éprouvant par le papier de tournesol, le nitrate d'argent et autres réactifs chimiques.

On comprend alors que ce fer, *purifié*, à l'état *d'oxyde concentré*, c'est-à-dire uni simplement à l'oxygène et à l'eau, *à l'exclusion de tout acide*, arrivant au contact des acides lactique et chlorhydrique de l'estomac, se transforme immédiatement en chlorure et lactate solubles qui (comme l'a dit si judicieusement notre savant professeur Gubler), « engendrés sur place et absorbés instantanément, passent, sans aucun effort, dans le torrent de la circulation ».

J'aurais mauvaise grâce de vanter moi-même les avantages qu'on peut retirer de ma préparation. Mais voici le résumé des expériences faites par un grand nombre de médecins français et étrangers, parmi lesquels je me contenterai de citer MM. les professeurs Gubler, Cusco, Oulmont, Béhier, médecins des hôpitaux de Paris; Gibert, Lecadre, Beauregard, Babault, du Havre; Lavalle, de Dijon; Deny, de Nangis; Doin, Lassalle, Duboë, Bertherand, Collongues, Duvignaud, de Bordeaux; Corbier, Yung, d'Angleterre; Pacchiotti, de Turin; Cristoforis, Strambio, Lodeschini, Sapollini, de Milan; Lévi, de Venise; Pellizzari, de Florence; député Bacceli, Pellagallo, de Rome; Tomasi, Semmola, Cantani, de Naples, etc., etc...

Ces médecins ont reconnu au *fer dialysé* les qualités suivantes :

Il est exempt de tout acide.

Il n'a ni odeur ni saveur, au contraire des autres ferrugineux, dont la saveur styptique et atramentaire est très-prononcée.

Il ne noircit jamais les dents, propriété qu'il possède seul entre toutes les autres préparations martiales.

Son ingestion ne détermine aucun malaise gastrique, ni dérangement intestinal.

Il ne constipe pas, ne cause aucune éructation, et ne change pas la nuance des excréments.

Il se mélange facilement à tout liquide, eau, vin, café, etc., dans lesquels il est soluble; son ingestion est donc des plus faciles.

Un mode très-facile d'employer ce produit liquide, c'est de verser les gouttes sur un morceau de sucre.

Les considérations qui précèdent justifient suffisamment la faveur dont jouit le fer dialysé, dont l'administration est aussi sûre pour le praticien que commode pour le malade. Tout médecin scrupuleux et soucieux d'arriver promptement à un résultat efficace peut donc, en toute conscience, ordonner un produit aussi utile et qui, à notre époque, que caractérise la prédominance de l'aglobulie, est applicable aux trois quarts des malades.

R. Bravais. Ph. chimiste.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Traitement du prolapsus utérin.

Sur les neuf cas dont j'ai recueilli les observations, deux présentaient le museau de tanche, apparaissant presque à la vulve; dans les autres cas, l'utérus était plus ou moins allongé; dans un cas, l'allongement n'était que de quelques centimètres; il était beaucoup plus prononcé dans les autres; dans le cas où

l'utérus n'était allongé que de 2 centimètres, il y avait engorgement de l'organe et légère ulcération; dans deux autres cas, il y avait simple engorgement.

Dans un cas, l'utérus était accolé à la paroi postérieure du vagin, et le museau de tanche se trouvait à 6 centimètres de la vulve.

Les femmes, que j'ai traitées, accusaient des douleurs dans les reins; elles éprouvaient la sensation d'un corps étranger, elles étaient affectées en général de constipation, et les fonctions nutritives étaient le plus souvent altérées; dans un cas même, cela allait jusqu'à la cachexie; dans un autre cas, l'état nerveux était très-prononcé et dut être combattu par l'électricité.

Le docteur S. Giles a proposé le traitement suivant, qui paraissait être, avant mes recherches, le dernier mot de la thérapeutique :

« Quand le prolapsus n'est que partiel et que l'utérus ne traverse pas la vulve, il faut que la malade garde le repos, aussi longtemps que possible, le bassin plus haut que les épaules, qu'elle se lotionne avec de l'eau blanche froide, s'applique tous les soirs dans le vagin un tampon d'ouate trempé dans du glycérolé de tannin, se tienne le ventre libre, en se purgeant ou prenant des lavements. Au bout de quatorze jours, on commence l'usage de l'extrait d'ergot à l'intérieur et l'on fait placer dans le vagin un gros suppositoire au tannin. Les fonctions gastriques seront très-surveillées pendant l'usage de l'ergot. »

S. Giles agit de même lorsque l'utérus fait saillie au dehors, en ayant soin d'introduire un pessaire en anneau, qu'il enlève avant d'appliquer le suppositoire ou d'administrer l'ergot. Ce dernier, dit-il, ne donne que des résultats insignifiants ou nuls, excepté quand le prolapsus est parvenu peu après les couches, c'est-à-dire quand l'évolution a été défectueuse et qu'il y a laxité des parties; alors ses effets curatifs sont très-brillants.

Le traitement local que j'ai institué pour combattre le prolapsus utérin a quelque rapport avec celui de Giles, puisque c'est le tannin qui en est la base, mais il diffère essentiellement de celui du praticien anglais par sa simplicité; il consiste uniquement dans l'emploi d'une solution alcoolique de tannin saturée. Pour effectuer cette solution, on verse de l'alcool à 96°, 6 de betteraves, purifié, sur du tannin, jusqu'à saturation; la solution, ainsi obtenue, est épaisse et s'épaissit encore avec le temps en prenant une odeur éthérée. Cette solution, je l'ai d'abord employée au moyen d'une seringue en verre, en ayant soin de garnir la canule d'un tube en caoutchouc; mais je lui ai substitué ensuite un pinceau court et large (1), au moyen duquel on badigeonne l'utérus et la partie libre du vagin à plusieurs reprises. Immédiatement la femme éprouve une douleur cuisante, mais elle s'en débarrasse presque instantanément au moyen d'une abondante injection d'eau froide en été, tiède, en hiver. L'orifice du vagin se resserre tellement qu'on a de la peine à y introduire le pinceau à plusieurs reprises (2). De temps à autre, dans le cours du traitement, on a eu plusieurs fois recours au badigeonnage avec l'iodure argentique récemment préparé, lorsqu'il se manifestait quelques signes d'irritation.

Sous l'influence de ce traitement local, non-seulement l'utérus revient sur lui-même et se relève plus ou moins, mais il peut être guéri d'engorgement simple

(1) Le docteur P. Ménière (d'Angers) a publié récemment un mémoire sur ce qu'il appelle le *graphidomètre*, ou pinceau utérin. Il condamne avec raison les injections, mais il n'a pas raison lorsqu'il condamne, en toute occasion, le simple pinceau qui, dit-il, « est immédiatement essuyé ou comprimé, desséché avant d'avoir pénétré à une profondeur de 1 à 6 centimètres ». Tout cela n'existe pas avec les pinceaux courts et larges que j'emploie; ils rendent les plus grands services.

(2) Il faut que l'opérateur ait la précaution de se garantir les yeux et les mains au moyen de gants; j'ai eu constamment plusieurs doigts atteints d'un érythème douloureux, et j'ai éprouvé plusieurs ophthalmies avec gonflement énorme des paupières, faute d'avoir pris ces précautions.

ou d'engorgement et de légère ulcération, comme cela est arrivé à l'une de mes malades; la leucorrhée disparaît; de plus, la femme qui présentait une adhérence du museau de tanche et du col, au vagin, en a été débarrassée; l'utérus est devenu parfaitement libre et est remonté de 6 centimètres, en six mois (1). Chez une autre femme, l'utérus a été relevé de 10 centimètres en un mois, en pratiquant une injection de tannin tous les jours, etc.

Le traitement général, dans presque tous les cas, a consisté dans l'emploi des ferrugineux, de la gentiane, de la viande crue, préparée d'après mon procédé, de sulfate sodique, 10 grammes par jour, pendant trois à quatre jours, répété de temps à autre, et que le malade prenait dans sa boisson au repas du soir; de bière, substituée en grande partie au vin; enfin, dans un cas, la malade prenait six verres d'eau de fontaine à la source, et à jeun; des lavements d'eau froide complétaient parfois le traitement.

Ce traitement, dans son ensemble, ne peut occasionner aucun désagrément; le traitement local n'est suivi d'aucun accident. Les femmes peuvent marcher, vaquer à leurs affaires. Ce n'est pas comme dans le traitement de S. Gilles, où la malade est obligée de garder le repos, en plaçant le bassin plus haut que les épaules; d'appliquer tous les soirs un tampon d'ouate trempé dans un glycérolé de tannin, et, au bout de quatorze jours, de prendre de l'extrait de seigle ergoté à l'intérieur; puis on fait placer dans le vagin un gros suppositoire de tannin. Sauf l'emploi du seigle ergoté, qui est au moins inutile et le repos forcé, dans une position gênante, la pensée est la même; c'est au tannin que l'on s'adresse pour combattre le prolapsus; mais quelle différence dans l'application! Le badigeonnage, ou, à la rigueur, les injections de la solution alcoolique de tannin durent moins d'une minute, et tout est fait, sauf une abondante injection d'eau. La supériorité du traitement que j'ai institué est évidente (1).

Quant au prolapsus, qui fait saillie au dehors de la vulve, je ne l'ai pas observé, je ne puis me prononcer à cet égard, mais il est probable que les moyens employés contre le prolapsus partiel, suffiraient également.

Je ne puis terminer mon travail, sans indiquer que les succès constants que donne le tannin en solution alcoolique saturée, dans le prolapsus utérin, confirment une fois de plus les vues que Huguier a émises en 1859 sur la nature de ce prolapsus. Il est évident que dans les cas que j'ai traités, il n'y avait pas chute, mais allongement de la matrice, accompagné de plus ou moins d'hypertrophie de l'organe; mais je n'ai pas vu qu'il y ait eu élongation de l'utérus consécutive à la traction du vagin, influence qui a été admise, lorsque l'organe fait saillie au dehors, en France, par Cruveilhier, en Allemagne, par M. Froriep. Dans les cas que j'ai observés, les premières parties qui se sont présentées à mon examen, ont été constamment le museau de tanche et le col; donc, mes observations justifient pleinement les vues de Huguier.

(*Courr. méd.*)

(1) Le badigeonnage eut lieu tous les huit jours pendant neuf mois, et ensuite tous les quinze jours.

(1) Pas n'est besoin d'ajouter qu'en employant ce traitement, le pessaire qui entraîne de si grands inconvénients est et demeure supprimé dans la plupart des cas.

Injection du *Capitaine* contre la blennorrhagie chronique.

— Nous avions déjà la légendaire recette des *zéphirs* contre la fièvre intermittente. En voici une, au moins aussi fantastique que la potion fébrifuge; je prie messieurs les chimistes de ne pas bondir trop haut en la lisant :

Sulfate de zinc	1 gr.	
Acétate de plomb cristallisé	0	5
Alun	0	5
Camphre pulvérisé	0	1
Gomme arabique	0	2
Eau de roses	125	

Je déclare ne pas savoir comment se

comportent ces différents agents de la force... thérapeutique, mis ainsi nez à nez dans le même bocal. Mais comme la blennorrhagie n'a pas encore été isolée, et que par conséquent il faudra encore beaucoup de temps avant qu'on ait trouvé le réactif qui la précipitera... hors de l'urèthre ou qui calmera ses ébats, je ne vois pas pourquoi on n'emploierait pas cette *recette* qui paraît avoir donné d'excellents résultats si l'on en juge par la chronique.

Après la guerre du Mexique, tous ou presque tous les rapatriés versaient beaucoup de larmes sur le pays enchanteur qu'ils venaient de quitter, et autant de pus blennorrhagique dans leurs caleçons. Ces hypersécrétions lacrymales et uréthrales, mais surtout celles-ci, préoccupaient beaucoup les chirurgiens de marine qui administraient en vain copahu, cubèbe et les injections sous les formes les plus variées. La médecine, de guerre lasse, s'était déclarée impuissante, et le pont de nos navires offrait le spectacle le plus navrant quand un vieux loup de terre, un capitaine qui avait beaucoup vu de broussailles en Algérie, prenant en pitié malades et médecins, déclara posséder un remède souverain qu'il tenait de sa *famille;* et la chronique ajoute que le remède, d'abord accueilli avec méfiance par les hommes de l'art, fit merveille et nos soldats et nos navires arrivèrent en France sans... ce résultat de la plus grande pensée du règne.

Dans la marine, cette recette est, paraît-il, fort en vogue aujourd'hui; il n'y a pas d'exemple qu'un marin atteint dans son urèthre soit revenu deux fois à la visite, quand l'injection du *Capitaine* a été ordonnée et exécutée.

(*Alger médical.*)

La Thérapeutique jugée par les chiffres.

Sous ce titre, MM. Lasègue et Regnauld ont publié, dans les *Archives générales de médecine*, une étude très-curieuse et très-intéressante sur les variations de la thérapeutique, en prenant pour base le calcul des médicaments fournis par la pharmacie centrale des hôpitaux et consommés dans les divers services hospitaliers. Il nous suffira, pour donner une idée de ce travail, d'en extraire ce qui a trait, d'une part à la diminution de consommation des sangsues, traduisant la décroissance de la médication antiphlogistique, et d'autre part à l'augmentation parallèle de la consommation des alcooliques, exprimant la faveur croissante de la médication excitante et tonique.

Le tableau suivant résume ce qui concerne la consommation des sangsues:

Périodes.	Consommation moyenne annuelle de sangsues.	Dépense moyenne annuelle.
De 1820 à 1824...	183,000	10,000 fr.
De 1824 à 1830...	508,000	40,000
De 1830 à 1842...	828,000	90,000
De 1842 à 1850...	430,000	79,000
De 1850 à 1855...	225,000	45,000
De 1855 à 1863...	138,800	14,000
De 1863 à 1870...	93,000	6,000
De 1870 à 1875...	52,000	1,800

La statistique de la consommation des alcooliques ne remonte qu'à 1855. Elle comprend la consommation de l'alcool, de l'eau-de-vie, du rhum, du vin rouge, du vin blanc, du vin de Bagnols, du vin de Bordeaux. Pour ne pas multiplier les chiffres, nous nous bornerons à donner les suivants, qui sont l'expression fidèle de la progression dont nous avons parlé plus haut:

En 1855	la consomm. de l'al. a été de	1,270	lit.
En 1860	— —	7,536	—
En 1865	— —	19,981	—
En 1870	— —	40,499	—
En 1874	— —	42,462	—
En 1875	— —	37,578	—

La comparaison des deux tableaux qui précèdent démontre, mieux qu'on ne saurait le faire en des volumes, la transformation, on pourrait dire la révolution qui, depuis trente années, s'est opérée dans la thérapeutique des affections pyrétiques graves.

(*Gazette médicale de Paris.*)

Opérés de cataracte ayant recouvré l'ouïe, par le professeur Pierre Gradenigo (*Gazetta medica italiana*). —

Ayant récemment entendu, à la clinique du médecin-oculiste André Simi, de Florence, le récit d'un malade opéré de cataracte chez lequel la fonction auditive s'améliora notablement, l'auteur écrivit à son collègue florentin quelques renseignements sur six femmes, plus ou moins avancées en âge qui, elles aussi, presque aussitôt après cette opération, recouvrèrent l'ouïe à un haut degré. Il ne peut donner aucune explication certaine de ce phénomène, mais comme d'autres opérations chirurgicales ne présentent point ce résultat, il en vient à se demander si l'on ne peut l'attribuer à l'usage, il dirait presque, à l'abus d'atropine, soit avant, soit après cette opération oculaire. En effet, l'atropine qui démontre sa puissante et prompte action sur le système nerveux, par belle qu'elle exerce sur les mouvements de l'iris, sur le muscle accommodateur, sur la circulation intra-oculaire, sur la sensibilité, sur la tension oculaire, etc., pourrait bien exercer d'une manière analogue une action marquée, bien que moins observée et connue, sur les nerfs de l'organe auditif, qui ont la même origine que ceux de l'œil, avec lesquels ils s'entrelacent et s'anatomosent. Il est tenté d'attribuer aussi le délire des opérés de cataracte à l'action toxique de cette substance, ayant remarqué que ce phénomène si grave cède toujours à la suppression des collyres d'atropine, et à l'emploi d'opium et d'un vin généreux. On voit que ce fait et cette hypothèse méritent l'attention des médecins-auristes, et que bien que la forme de surdité que présentaient les opérées en question ne soit nullement déterminée dans ces observations, il n'y en aurait pas moins lieu d'essayer l'effet de l'atropine dans la cophose des personnes âgées.

Sur une propriété, non encore décrite, des transplantations de Reverdin, par le docteur O. Kappeler (*Correspondenz blatt für Schweizer*). On sait que les transplantations cutanées ont non-seulement la propriété de devenir le centre d'une cicatrisation qui gagne du terrain d'une manière périphérique, mais encore d'exciter la cicatrisation des bords de la plaie, sur laquelle des promontoires cicatriciels s'avancent du côté des îles formées autour des transplantations cutanées. Se basant sur deux histoires de malades qu'il publie, l'auteur admet qu'il est également sûr que les transplantations cutanées exercent une influence sur la formation de granulations sur des os privés de leur périoste. Ses expériences, qui méritent d'être reproduites, consistent à faire des transplantations cutanées sur le bord de la plaie qu'entoure l'os dénudé, lequel se recouvre bientôt de granulations, au travers desquelles les petits séquestres qui peuvent se former finissent par se détacher. C'est ce qui eut lieu dans les deux cas cités, concernant l'un et l'autre des os du crâne.

Solidification rapide des appareils au silicate de potasse, par le Dr Ch.-Louis Wartmann (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*). — Pour obvier à l'inconvénient de la lenteur de la solidification de ces appareils, et au danger de déformation qu'elle occasionne, l'auteur propose l'alcool simple du commerce. « En effet, si l'on arrose de cette substance un appareil silicaté fraîchement posé, il acquiert immédiatement une rigidité qui permet de l'abandonner à lui-même. L'immobilisation de l'appareil n'est plus nécessaire et on peut attendre sa solidification complète sans avoir à redouter les déformations et les autres inconvénients de la période de dessiccation. » Ce procédé a été essayé plusieurs fois à l'hôpital cantonal de Genève, une fois, entre autres, par le Dr Reverdin, chirurgien de cet établissement.

Nævus maternus traité par la vaccination, par le Dr Reuss, de Stuttgart (*Würtemberg. medicin. Corres-*

pondenz. Blatt.). — Dans son rapport général sur les vaccinations du royaume du Wurtemberg, Reuss rappelle que le médecin de l'arrondissement a échoué, dans un cas de ce genre, à cause d'une forte hémorrhagie, mais que lui-même a obtenu un succès dans un cas de nævus maternus non proéminent, atteignant à peu près la taille d'une noisette, situé au bras : la vaccination fut pratiquée d'abord en croix, puis obliquement par-dessus, et une substance cicatricielle remplaça le nævus maternus.

Sur une forme particulière d'obstruction de l'oreille externe, par le Dr R. Wreden (*Archiv. für Augen. und. Ob.*) — Il s'agit d'une masse qui adhère fortement aux parois du conduit auditif, laquelle se compose essentiellement de cellules épidermiques qui le recouvrent, et cause de la dureté d'ouïe et des bruits dans les oreilles. Pour l'éloignement de cette forme d'obstruction, il faut répéter plusieurs fois des collyres auriculaires alcalins, pratiquer des injections et employer des pinces, et malgré tous ces moyens ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on réussit à en débarrasser complètement les malades.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie, par M. le Dr Tillaux (1).

Nous avons déjà eu l'occasion de parler deux fois de cet ouvrage, au moment où ont paru chacun des deux premiers fascicules. A propos du troisième, dont la première moitié vient d'être mise en vente par la maison Asselin, nous ne ferons pas une réédition des éloges si justement mérités que nous avons donnés aux précédentes parties du livre si remarquable, à tant d'égards, de M. Tillaux.

Qu'il nous suffise de dire que cette première moitié du troisième fascicule est consacrée à l'anatomie topographique de l'abdomen et des organes génitaux de l'homme. Elle compte 256 pages ; on y trouve 36 figures tirées en noir et en couleur, toutes d'une extrême délicatesse de dessin.

La dernière partie de ce troisième fascicule, qui complètera l'ouvrage, est annoncée pour le mois d'avril prochain.

B...

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mars 1877.

Présidence de M. Bouley.

Fièvre typhoïde. — D'après la doctrine admise par M. Guéneau de Mussy, les eaux d'égouts seraient contagieuses, et ces propriétés contagieuses, qu'elles devraient aux matières morbides dont elles sont le réceptacle, se traduiraient par des effets démontrés sur les personnes exposées à leurs émanations. A cette doctrine, M. Bouley a opposé des faits qui lui paraissaient être contradictoires ; il a dit qu'en général la santé des ouvriers égoutiers et vidangeurs était bonne, et que dans les cas d'épidémie contagieuse on ne voyait pas les cas morbides, se rattachant aux épidémies régnantes, se multiplier parmi eux, proportionnellement à l'intensité accrue de l'influence des émanations des eaux d'égouts et des fosses d'aisance, dans lesquelles les matières contagieuses se trouvaient à ce moment accumulées en plus grande quantité.

(1) Troisième fascicule. Prix : 5 fr., chez Asselin, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

J'avais dit, ajoute M. Bouley, que, dans les choses d'observations nous nous laissions volontiers aller à donner nos inductions pour des preuves, et non pas nos déductions, comme M. Guéneau de Mussy me le fait dire à plusieurs reprises. Sa doctrine est, en effet, toute inductive.

M. Bouley cite plusieurs exemples et montre plusieurs faits en contradiction avec la théorie admise par M. Guéneau de Mussy. Voici, par exemple, une caserne où règne la fièvre typhoïde; l'égout collecteur passe dans son voisinage. Bien, mais pourquoi le long de son parcours y a-t-il des maisons qui sont épargnées? D'autre part, si les émanations des égouts sont nuisibles, cette action même doit se manifester d'autant plus que les conditions de son intensité sont plus grandes. Or, a-t-on constaté que c'était dans les maisons situées au-dessus des bouches d'égout que les cas morbides se manifestaient d'abord et se multipliaient de préférence?

M. Bouley a trouvé dans Murchison lui-même, sur lequel s'appuie particulièrement M. Guéneau de Mussy, une opinion tout à fait opposée à celle qu'il lui a prêtée. Si les égouts, dit M. Murchison, devaient être regardés comme le véhicule de la transmission, par les déjections typhoïdes, on devait s'attendre à ce que la fièvre sévit particulièrement dans les maisons qui communiquaient le plus librement avec les égout publics. Cependant, c'est le contraire qu'on observe souvent. Murchison, reprend M. Bouley, n'incrimine donc pas, comme M. Guéneau de Mussy l'a cru, les systèmes bien organisés de drainage des grandes villes, que représentent les égouts, mais seulement les cloaques où s'accumulent les matières organiques.

Quant aux émanations qui s'échappent des bouches d'égout, M. Bouley ne croit pas qu'elles soient aussi nuisibles que désagréables. Murchison proteste contre cette manière de voir.

Il y a des égoutiers qui contractent la fièvre typhoïde. Pour être un égoutier, on n'en est pas moins homme, et ils peuvent tomber malades de cette maladie comme dans les autres professions.

Si les eaux d'égout sont chargées des agents morbides en pleine activité et susceptibles de se répandre dans l'air, comment l'épandage aujourd'hui si employé de ces eaux n'est-il pas suivi, dans les localités où on l'opère, de la manifestation des maladies régnantes dans les villes?

Si les eaux d'égout laissent dégager incessamment des vapeurs contagieuses, en proportion de l'intensité des maladies contagieuses régnantes, les habitants des maisons riveraines, des canaux, dans les villes de Hollande, doivent être exposés beaucoup plus que les autres à contracter ces maladies, car les canaux de ces villes leur servent d'égouts. Les observations faites dans ces villes sont-elles confirmatives de la doctrine? Invoquera-t-on l'accoutumance? C'est elle aussi, sans doute, qui met à l'abri de la contagion les milliers d'habitants de Paris qui, les jours des grandes fêtes de Versailles, vont assister au merveilleux spectacle du jeu de ses eaux, qui sont puisées dans la Seine, par la machine de Marly?

L'induction conduisit M. Bouley à admettre que la fermentation intérieure des fumiers doit être la condition de leur complet assainissement, au point de vue de la contagion, et cette induction a été confirmée par l'expérimentation. Des débris d'animal morveux enfouis dans un tas de fumier, dont la température peut s'élever jusqu'à 70 degrés, y subissent une véritable coction et deviennent complétement inertes au point de vue de la contagion.

De même, pour les fosses d'aisances, la fermentation dont elles sont le siége n'est-elle pas, comme pour les premiers, la condition de l'assainissement des matières de ces fosses au point de vue de la contagion? L'immunité relative aux ouvriers vidangeurs à l'endroit des contagions plaide en faveur de la solution affirmative de cette question. Il en est de même de la pratique agricole des pays flamands, qui consiste à répandre l'engrais humain en nature sur les champs.

M. Bouley voudrait que l'on fît marcher de pair l'observation et l'expérimentation; ce serait, suivant lui, le plus sûr moyen d'arriver à la découverte et à la démonstration de la vérité.

M. Guéneau de Mussy se défend de l'intention de persiflage que lui a prêtée M. Bouley. Il a seulement répondu à l'accusation que M. Bouley avait portée contre lui *ex cathedrâ*.

Relativement aux égoutiers, M. Bouley a singulièrement modifié les premières paroles qu'il a prononcées; M. Guéneau de Mussy en appelle, à ce sujet, au témoignage de tous ceux de ses collègues qui ont entendu sa première communication. Il fait observer, en outre, que M. Bouley a complétement dénaturé plusieurs de ses opinions. Il se contente aujourd'hui de cette simple protestation, se réservant de lui répondre ultérieurement.

Séance du 13 mars 1877.

Présidence de M. Bouley.

Fièvre typhoïde. — M. Bouchardat ne veut retenir de tout ce qui a été dit, comme de tout ce qu'il a vu, qu'un fait, la contagion de la fièvre typhoïde, opinion très-généralement partagée par les médecins. Il est parfaitement d'accord avec M. Guéneau de Mussy et M. Jaccoud sur la propriété contagieuse de la fièvre typhoïde, mais il s'éloigne de ses collègues sur le mode de transmission. Comment, par quel mode, par quel agent s'opère cette contagion? pour lui le typhique exhale un miasme et c'est ce miasme qui se diffuse et propage la maladie.

Quant à l'influence nocive des matières fécales et des égouts M. Bouchardat ne l'admet en aucune façon, et il rappelle qu'à Paris et ailleurs les ouvriers employés à la manipulation des vidanges semblent être indemnes de la fièvre typhoïde. M. Bouchardat aborde ensuite la question du développement spontané de la fièvre typhoïde, impossible à démontrer dans les grandes villes. Quant aux cas rares, attribués à une évolution spontanée dans les petites localités, il faut les enregistrer; mais en les étudiant avec attention, il croit qu'on arrivera à reconnaître qu'ils ne sont pas plus spontanés que les cas de rougeole, de scarlatine ou de variole, dont on ne peut pas non plus suivre toujours la filiation.

M. Jaccoud dit que sa position, dans ce débat, est bien nette; il est de l'avis de son éminent confrère M. Guéneau de Mussy, et n'est pas moins de l'avis de M. Bouley; puis, après avoir rappelé les rapports constatés par M. Guéneau de Mussy entre les émanations des fosses d'aisance d'une part et le développement du typhus abdominal d'autre part, il a été, dit-il, profondément surpris de voir cette étiologie admise par bon nombre de ses collègues, sinon repoussée totalement, du moins un sujet d'incrédulité pour d'autres. Selon lui *l'origine fécale de la fièvre typhoïde est au nombre des vérités étiologiques les mieux établies*. Seulement il faut, pour le démontrer, s'appuyer sur des preuves tirées de pays où la fièvre typhoïde n'est pas endémique.

M. Jaccoud démontre, preuves à l'appui, le développement de la fièvre typhoïde, dans des pays où elle ne s'était pas montrée depuis longtemps, soit à la suite de stagnation et d'accumulation de matières fécales dans les égouts, soit à la suite de transbordements de matières fécales accumulées dans des endroits spéciaux; ici la fièvre se déclarait, alors qu'il n'y avait aucun cas de typhus abdominal en ville, dans une caserne, devant laquelle se trouvait un dépôt de détritus recouvrant des matières fécales, et ce au moment de l'enlèvement desdites matières. Dans un autre cas, le développement de la fièvre typhoïde était dû à l'infiltration dans le sol des émanations excrémentitielles et aux communications qui s'établissaient entre elles et les conduites d'eau, par l'intermédiaire des water-closets et des salles de bains.

Après avoir nettement démontré, en s'appuyant sur des faits observés en Alsace, en Belgique, dans le grand duché de Bade, en Danemark, en Suisse et

dans le Slewig, etc., que la *typhogénique des matières excrémentitielles est à l'abri de toute contestation*. M. Jacoud conclut en disant que c'est à l'hygiène publique de remédier vaillamment à une situation désormais indispensable, à savoir : l'insuffisance d'irrigation et de pente des canaux excrémentitiels, la stagnation et l'accumulation des matières, leur infiltration dans le sol, etc., etc.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 14 février 1877.

Présidence de M. le Dr Domerc.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, l'ordre du jour appelle l'exposé de la constitution médicale du mois précédent.

A ce propos, M. le Dr de Pietra-Santa exprime à la Société sa satisfaction d'avoir entendu quelques-uns de ses membres manifester le désir de publier chaque mois un bulletin sur la constitution médicale régnante. Il approuve l'initiative prise par elle d'avoir, à chacune de ses séances, une causerie sur cet objet. Il propose, d'accord avec MM. Passant et Gibert, de faire imprimer un Bulletin spécial, qui sera adressé à chaque membre avant la séance, avec prière de le remplir et de le retourner au secrétaire général. — Cette motion est adoptée à l'unanimité, et M. le président nomme une commission composée de MM. Foulès, vice-président; Passant, secrétaire général; Gibert et de Pietra-Santa, chargés d'étudier la question et de centraliser les renseignements ainsi obtenus.

Policlinique.

M. le docteur Moret demande à dire quelques mots sur ce qu'on pourrait appeler : *Un cas de chirurgie dans la rue* (V. p. 172). L'appareil employé par M. le Dr Moret circule de main en main parmi les membres de la Société.

Carie du deuxième métacarpien.

M. le Dr Berrut présente un malade qu'il a traité conjointement avec M. le Dr Courtaux, pour une carie du deuxième métacarpien. Après diverses incisions, suivies seulement de soulagement, après des injections irritantes, faites sans amener de guérison, on se décide, le 20 décembre 1876, à désarticuler le deuxième métacarpien par le procédé ovalaire. On trouve la plus grande partie de la diaphyse de l'os absolument détruite. Ce qu'il y a d'intéressant à noter dans ce cas, c'est que M. Berrut, afin de conserver autant que possible l'intégrité des fonctions de la main, a pris le parti de pratiquer l'incision sur la face dorsale de cet agent de préhension. La surface palmaire, ainsi que chacun des membres de la Société a pu s'en assurer, est indemne de toute cicatrice. Cette circonstance est très-heureuse pour un homme qui doit se servir de sa main pour un travail assez délicat (cet homme est cordonnier).

Rétrécissement très-rebelle du canal de l'urèthre.

M. le Dr Delerosse entretient la Société d'un malade qu'il a traité avec succès pour un rétrécissement très-rebelle du canal de l'urèthre.

Cet homme a été gelé en Russie. Atteint d'une rétention d'urine, il a dû entrer à l'hôpital de Moscou. A cette époque, le cathétérisme s'effectua assez facilement avec une grosse sonde. De retour en France, éprouvant de la difficulté à uriner, il entra à l'hôpital, où on lui pratiqua l'uréthrotomie, à l'aide de l'instrument de Maisonneuve. Mais, tourmenté de nouveau par des difficultés d'uriner, affecté d'une tumeur périuréthrale grosse comme un œuf de poule, éprouvant des douleurs atroces, chaque fois qu'il avait à rendre quelques gouttes d'urine, il s'adressa à notre confrère, qui le traita d'abord, pendant quinze jours, par les antiphlogistiques. Il incisa ensuite le périnée jusqu'au canal, sans toutefois le léser. Il recourut, enfin, à la dilatation permanente d'a-

bord, temporaire ensuite. Actuellement, les conditions de ce malade sont assez satisfaisantes. De temps à autre, toutefois, survient une crise qui arrête la miction; mais un bain suffit pour la rétablir.

A propos de ce cas d'urethrotomie suivie de récidive, notre confrère déplore l'abandon du procédé de Civiale, auquel on a tout à fait substitué l'instrument de Maisonneuve. Il attribue ces récidives, plus fréquentes dans un cas que dans l'autre, au peu de profondeur de l'incision de Maisonneuve, laquelle est plutôt une scarification du rétrécissement qu'une division suffisante de l'obstacle.

M. le Dr VERRIER lit une observation d'*accouchement gémellaire*, suivi d'*infection purulente* et de *délire alcoolique*. La guérison a été obtenue. (Voir plus haut, p. 176.)

M. le Dr HAMON (DE FRESNAY) a souvent administré l'alcool à très-hautes doses aux femmes en couches, sans qu'il ait jamais vu se produire le délire alcoolique. Il rappelle ce fait bien connu que, dans l'état de puerpéralité, la tolérance des femmes pour les liquides spiritueux est très-remarquable. Dans l'hémorrhagie, dans la septicémie puerpérales, notamment, on peut administrer aux malades, en un très-court laps de temps, des doses alcooliques que ne supporteraient pas, sans en être influencés, les hommes les plus robustes. C'est ce fait d'observation qui rend très-intéressante la communication de notre honorable confrère.

M. BERRUT demande s'il y avait indépendance absolue entre les deux placentas? D'ordinaire, ils sont reliés ensemble par un point plus ou moins étendu de leur circonférence. Leur issue simultanée tendrait à faire penser que ce cas rentrerait dans la règle générale.

M. VERRIER répond que le premier placenta sorti présentait une perte de substance superficielle de la largeur d'une pièce de 1 fr., mais qu'il n'y avait rien de semblable sur l'autre, ce qui le porte à considérer les deux placentas comme indépendants l'un de l'autre.

M. le Dr DOMERC rappelle un fait observé par lui de grossesse gémellaire, où les deux enfants sont nés à sept jours d'intervalle.

M. le Dr VERRIER demande à ses collègues quelle conduite il doit tenir en présence d'une femme enceinte de trois mois et demi, affectée de *gros tubercules plats* au nombre de cinq ou six placés entre la vulve et l'anus, et douloureux à la marche?

M. le Dr COURTAUX pense qu'un traitement antisyphilitique sera une pierre de touche (1).

L'un des secrétaires annuels.

Dr Édouard LABARRAQUE.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES

Concours. — La Société protectrice de l'enfance met au concours la question suivante pour 1877 :

Faut-il rétablir les tours? Le prix sera de 500 francs.

Les Mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1877, à M. le docteur Léon Duchesne, rue des Saints-Pères, 85.

— *Concours pour le bureau central.* — (*Médecine*). — *Candidats* : MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Debove, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Hanot, Hirtz, Homolle, Huchard, Joffroy, Labarraque, Laborde, Lacombe, Lagrave, Landrieux, Legroux, Lorey, Percheron, Quinquaud, Rathery, Raymond, Renault (A.), Renaut (J.), Rendu, Ruck.

(1) Le traitement antisyphilitique a été commencé, mais la malade a été perdue de vue au bout de trois semaines, époque à laquelle l'amélioration était déjà sensible.

(Note du Dr Verrier.)

Sanné, Schweich, Sevestre, Tenneson, Troisier. — *Juges* : MM. Roger, Nonat, Woillez, Bazin, Moisenet, Cornil, Fournier, Oulmont, Marjolin. — *Juges suppléants* : MM. Paul, Lasègue, Triboulet, Frémy, Brouardel, Guyot, Jacoud.

Les dissections à l'École pratique. — L'École de médecine est en émoi. On sait que l'époque des dissections s'étend d'octobre à mars, et que, d'après le règlement, les élèves peuvent, moyennant un droit de 20 francs, disséquer à l'École pratique pendant tout ce laps de temps.

Au commencement de cette année, M. le chef du matériel a invité les trois cents étudiants qui occupaient les pavillons de dissection à céder la place à trois cents autres. La Faculté a délivré six cents cartes au lieu de trois cents, et les élèves n'ont disséqué que deux mois et demi au lieu de cinq.

Il serait nécessaire qu'on multipliât le nombre des pavillons et que les élèves eussent à leur disposition des sujets en quantité suffisante. Souvent les étudiants, malgré toute la bonne volonté dont ils font preuve, ne peuvent disséquer qu'une cuisse ou un bras dans leur année. Cette pénurie de sujets est due à une intervention qui a pour objet de racheter les cadavres des individus morts à l'hôpital.

Ne pourrait-on pas, à l'exemple des universités allemandes, faire venir à Paris, par le chemin de fer, et, si besoin était, conservés dans de la glace, les sujets non réclamés dans les hôpitaux des villes situées à trente lieues à la ronde ?

— L'*Union médicale* de la ville de Gand, d'après *Figaro*, a rédigé le projet de Convention qui suit :

I. Il est créé un *livre noir* renfermant le nom de toutes les personnes qui, *par mauvaise volonté*, refusent de s'acquitter envers leur médecin.

II. Tout médecin s'engage à refuser ses soins (*sauf le cas d'urgence réelle*) à quiconque figure sur le *livre noir*.

III. Les membres de l'*Union médicale* feront parvenir au secrétaire la liste de leurs mauvais payeurs, avec l'indication exacte de leur demeure, profession, etc. Le secrétaire en dressera un tableau alphabétique et en enverra un exemplaire à tous les médecins de la Société.

IV. Le *livre noir* a pris cours le 15 janvier dernier.

La viande à bon marché. — Un événement d'une grande importance économique vient de s'accomplir à Londres. On a ouvert dans la Cité un marché pour la vente de la viande de bœufs tués en Amérique et importée dans les chambres frigorifiques d'une ligne de bateaux à vapeur américains.

Les viandes débarquent à Liverpool, elles sont immédiatement placées dans des wagons frigorifiques expédiés à Londres, où un magasin, également refroidi artificiellement, a été disposé pour les recevoir.

La première vente a porté sur cinquante bœufs. Les quartiers entiers, enveloppés dans la toile qui sert d'emballage, ont été vendus à raison de 70 centimes les 453 grammes. Les détaillants ont payé jusqu'au prix de 80 centimes le même poids.

L'apparition de cette viande fraîche américaine a produit une profonde émotion dans tous les ménages de Londres et dans la boucherie métropolitaine.

Le magasin frigorifique de Londres est situé près de la station de Cannon-street, et disposé pour recevoir la dépouille de mille bœufs.

Les prochaines expéditions d'Amérique s'appliqueront également à du mouton.

Les cabarets et l'alcoolisme. — Au moment où il est question de la liberté des cabarets, il n'est peut-être pas inutile de faire connaître la part de l'alcoolisme dans l'effectif des aliénés, placés d'office, aux frais du département de la Seine.

Le nombre total des malades envoyés à l'infirmerie spéciale près la préfecture

de police a été en 1876 de 2,809, dont 1,677 hommes et 1,132 femmes.

Sur ce nombre, 2,099 ont été dirigés sur l'asile Sainte-Anne, pour de là être répartis dans les divers établissements départementaux; 26 ont été placés, soit à Charenton, soit dans des maisons de santé privées, à la demande des parents; 33 ont dû être transférés dans les hôpitaux comme atteints de maladies où le délire n'était qu'une expression symptomatique secondaire; 651, dont 362 hommes et 289 femmes, ont été remis en liberté, n'ayant pas été reconnus aliénés.

L'alcoolisme est représenté, dans le total de 2,809 par 633 hommes et 143 femmes, ensemble 776, ou plus du tiers.

(*Lyon méd.*)

Projet de création de stations hospitalières.

Le ministère de l'intérieur s'occupe dans ce moment d'un projet de création de stations hospitalières sur les bords de la Méditerranée, dans lesquelles pourraient être envoyés, aux frais des communes, les indigents atteints de phthisie et dont la maladie n'est pas encore arrivée à la période où elle est incurable. Plusieurs villes importantes, auxquelles le ministre a demandé de concourir à la dépense, s'y sont montrées disposées, mais il reste à obtenir la participation de l'établissement le plus intéressé, l'Assistance publique de Paris. On sait que le nombre des phthisiques indigents, à Paris, est très-considérable.

(*Gaz. méd.*)

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population*, 1,851,792.) *Du* 1er *au* 15 *mars*, 999 décès ainsi répartis : variole, 4; rougeole, 12; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 22; érysipèle, 2; bronchite aiguë, 44; pneumonie, 85; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 3; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 35; croup, 30; affections puerpérales, 6; affections aiguës, 223; affections chroniques, 474 (dont 187 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 33; causes accidentelles, 23.

Du 8 *au* 15 *mars*, 1,061 décès ainsi répartis : variole, 2; rougeole, 47; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 48; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 60; pneumonie, 67; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 10; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 28; croup, 22; affections puerpérales, 10; affections aiguës, 279; affections chroniques, 474 (dont 194 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 39; causes accidentelles, 22.

Nécrologie. — La science, l'enseignement, la pratique, viennent de faire une perte bien regrettable. A peine âgé de quarante-six ans, M. Dolbeau a succombé aux atteintes d'une hémorrhagie cérébrale. Professeur de pathologie chirurgicale, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, M. Dolbeau avait acquis une grande renommée, et il la devait à des travaux importants, parmi lesquels son *Traité de la lithotritie périnéale* restera comme un grand progrès chirurgical de l'époque.

Les obsèques de M. Dolbeau ont eu lieu à l'église Saint-Augustin. La Faculté, représentée par un grand nombre de professeurs; l'Académie de médecine, représentée par son bureau et une députation nombreuse de membres, beaucoup d'élèves, d'amis, de gens du monde, ont assisté aux funérailles de ce chirurgien distingué, dont la perte prématurée inspire les plus vifs regrets.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. Hervez de Chégoin, de M. Godelier et de M. Auguste Petit, médecin à Gévors.

VARIÉTÉS

Un cas physiologique très rare.

(Thème et variations.)

Judicium difficile.

Il y a quelques jours j'étais mandé au chevet d'une fillette de douze ans, malade pour avoir bu intempestivement un verre d'eau froide... Ce qu'il en résulta et ce qui s'ensuivra, peu nous importe; c'est tout autre chose que j'ai à raconter ici.

Au retour, le père de la jeune malade qui m'accompagnait pour aller chez le pharmacien me fit une longue narration que je résume ainsi :

— ... Pour en revenir à ma petite, je vais vous apprendre *ce que vous n'avez jamais vu* : du jour de sa naissance jusqu'à trois ans, elle a été comme sa mère... tous les mois..., vous comprenez...

— Oui, ai-je répondu, je comprends, et je vous apprends que ce cas n'est pas si rare que vous le croyez; nous en connaissons beaucoup, mais pas tous, car *on ne les crie pas sur les toits*, et moi-même, sans le *verre d'eau* qui m'a amené chez vous, je n'aurais jamais su le cas de votre fille, tandis qu'à présent tout le monde médical le saura, *car je vais l'écrire*. Et puis, brave homme, continuez...

— Pendant les *trois jours* que le sang allait, l'enfant restait sans connaissance dans son berceau, respirant à peine, ne prenant absolument rien, sans faire compte de rien et *comme aux agonies*, etc. — Deux ou trois fois de suite le père fit venir un médecin, mais bientôt il cessa de s'effrayer et de faire aucun remède, abandonnant le tout à la garde de Dieu. — Que vit et que fit mon confrère, je ne saurais me renseigner auprès de lui, car il a passé de vie à trépas.

— Et à l'âge de trois ans, repris-je?...

— A trois ans, les règles ont cessé tout à coup pour ne jamais plus revenir et, dès ce jour, l'enfant n'a plus eu de crise; elle est grande comme sa mère (1) et n'a jamais eu une heure de maladie.

Qui peut donc avoir occasionné la suppression brusque de cette menstruation insolite?... c'est ce qu'il me reste à dire et ce n'est pas le moins curieux de mon observation.

* * *

La profession médicale étant, de toutes les professions, la plus facile à contrefaire, vu qu'elle n'exige aucune mise de fonds, vu le secret de ses actes (*la terre couvre tout*), ou l'*impunité* de sa pratique, et grâce surtout à la *bêtise humaine*, il en résulte, au dire du docteur Munaret, que : « il serait plus facile de compter les étoiles qui brillent dans le firmament par une belle nuit d'été, que de dénombrer tous les charlatans mâles ou femelles qui exploitent la crédulité publique. » Et voilà pourquoi toutes les maisons de campagne, même les plus reculées et les plus inaccessibles au fond des bois, sont tous les jours assiégées par des voleurs de la pire espèce, car ils ne se contentent pas de demander la bourse *ou* la vie, ils *prennent les deux*.

Ces industriels en *piperie raffinée* foulent de leurs pieds les plus petits sentiers vicinaux, allant de maison en maison, leurs poches pleines de *petits flacons* et de *petits paquets* qu'ils convertissent en belles et bonnes pièces de monnaie. Ils ne manquent jamais de dire qu'ils repasseront bientôt pour recueillir remerciments et actions de grâces, mais ils s'en garderaient bien... pour cause..., et d'ailleurs leur vie serait-elle aussi longue que celle du *Juif Errant de Bruxelles en Brabant*, elle ne leur suffirait pas pour arpenter tout le territoire et visiter toutes les maisons de la France :

« C'est le fonds qui manque le moins. »

On ne les revoit donc jamais.

Un jour donc, un de ces « *médecins qui ne sont pas médecins, mais qui se connaissent aux malades* » (c'est ainsi que nos paysans les appellent), passant devant la maison que je viens de visiter,

(1) Ni sa mère ni sa plus jeune sœur n'ont présenté un cas semblable.

aperçut dans la cour notre petite héroïne de trois ans ; aussitôt il poussa un grand cri et dit à son père : « Voilà une enfant qui a le ver *bourru!* Si vous ne le faites pas passer, elle ne passera jamais un jour de sa vie sans être malade..., etc. » — Il me donna, dit en terminant le pauvre manouvrier, une pleine cuiller d'un rogomme que j'ai payé *sept francs* (!) et je n'ai jamais regretté mon argent, car après avoir fait trois frictions à la petite, sur le cou, au creux de l'estomac et au bas-ventre, elle a fait un ver *blanc, très-long et avec une très-petite tête* (un *tænia*, sans doute), et depuis ce jour elle n'a plus été ni réglée ni malade. (!!)

***

Voilà une observation bien curieuse et qui m'a fait beaucoup réfléchir :

Et d'abord, passe pour le cas de menstruation entre zéro et trois ans... Dame nature se passe quelquefois de singulières fantaisies... Je vais plus loin et je dis : cette menstruation était-elle *physiologique* ou *pathologique?*... Je m'arrêterai à cette dernière hypothèse, parce qu'elle me semble avoir tenu à la présence du ver, du moment qu'elle a cessé avec lui, et parce que la *ménopause* contre nature, loin d'avoir nui à la santé de l'enfant, lui fut au contraire des plus favorables. — Je vous laisse à décider le cas, mes chers confrères, et ne me permets plus qu'une réflexion générale...; réflexion peu flatteuse pour votre amour-propre.

J'entends encore le professeur Bonnet (Lyon 1839) nous faire une clinique sur la valeur relative de certaines méthodes empiriques comparées aux nôtres. Il avait vu sur une place publique un pauvre homme que courbait un cruel lumbago et que quatre bras avaient hissé sur la voiture d'un charlatan, en redescendre seul, guéri et *se montrer au peuple*, après quelques minutes de manœuvres, faites à huis clos.

Il nous cita l'exemple d'un rebouteur qui réussissait fort bien à guérir les *entorses* en faisant rouler le pied sur un cylindre de bois. — Il en est d'autres, ajouta le savant modeste, qui nous apprendraient à faire avorter un panaris, à réduire une hernie étranglée, etc., et voilà pourquoi les juges (qui se servent eux-mêmes des empiriques) les condamnent... parce que c'est la loi... mais à contre-cœur et mollement.

Et maintenant, parlons des vers : — des charlatans ont-ils donc une médication vermifuge à eux seuls et inconnue des *Milne Edwards* et *Vavasseur*, des *Trousseau* et *Pidoux*, et des *Bouchardat?* On le croirait. — Ecoutez :

La veille du jour de foire, je vis s'arrêter sous mes fenêtres une grande voiture dorée. — *Au débotté*, le maître hêla tous les gamins : « Viens ici, toi... et toi... et toi aussi... » Ils vinrent bien une douzaine et à tous il fit avaler une cuiller à bouche d'un breuvage qui remplissait une soupière, puis il leur donna rendez-vous pour le lendemain à midi, promettant *cinq sous* à ceux qui lui apporteraient douze *vers*. A l'heure dite, j'ai vu *de mes yeux* les mêmes enfants remettre (*contre remboursement*) chacun un flacon plein de parasites que le charlatan exhiba aux yeux de la foule en les classant : — c'étaient des *vers bourrus*, des *vers-araignées*, des *vers à treize pattes*, etc., et il fit une plantureuse recette. — J'ajoute que ces enfants, que je connaissais tous, n'étaient rien moins que des *compères*.

Qu'était-ce donc que cette drogue qui, par une seule friction, fit rendre cet horrible ver qui fait le désespoir des malades et des médecins? Le ver solitaire, qui se moque du *mercure*, de *l'étain*, de *l'huile de croton*, du *sulfate de quinine*, de *l'eau de mer*, du *pétrole*, de la *térébenthine* et de... nous?... Je voudrais bien le savoir, et j'estime que la *recette* ne serait pas trop payée par le grand prix Montyon.

(*Courrier méd.*)

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY).

Paris. — Typ. Tolmer et Isidor Joseph, rue du Four-St-Ger..., 43.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 8 — 15 AVRIL 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Leçon de M. Bernutz.

Sur les inflammations péri-utérines (1).

Les phlegmons des ligaments larges peuvent être répartis dans trois groupes, que nous allons rapidement passer en revue.

1er *Groupe*. En 1867, il sévit à Saint-Louis une épidémie d'affections puerpérales. Il succomba un grand nombre de malades. L'autopsie révéla des lésions qui n'avaient pas été soupçonnées durant la vie. On constata une hypertrophie du tissu cellulaire péri-utérin, avec complication de phlébite, de lymphangite, et production de collections purulentes plus ou moins étendues. Ces inflammations *malæ moris* ne se révélaient, dans le cours de l'affection, par aucun symptôme caractéristique. Lorsque l'attention est éveillée de ce côté, il devient souvent possible de constater la nature de ces complications pelviennes. Mais le tout, c'est d'être prévenu de la possibilité de leur production. Un grand pas a été fait dans ces derniers temps sur ce point de la gynécologie, et l'ouvrage de M. Hervieux a beaucoup contribué à la vulgarisation de ces faits si importants à connaître.

2e *Groupe*. Dans ce second groupe se rangent les lésions occasionnées par le traumatisme, dans les accouchements laborieux.

3e *Groupe*. A ce dernier groupe appartiennent les phlegmons des ligaments larges, développés par extension. Le siége primitif se trouve dans les reins ou la fosse iliaque. Le tissu cellulaire de ces mêmes ligaments n'est affecté que secondairement.

Chez la femme, la cause la plus fréquente de ces abcès se rattache à l'état de puerpéralité. On les a quelquefois vus se produire à la suite d'excès de coït ou de fatigues, comme conséquences d'une menstruation irrégulière, ou d'une action traumatique sur le col. Mais ces derniers cas ne se rencontrent que dans les proportions de trois fois sur vingt; ce qui revient à dire que, dix-sept fois sur vingt, ces affections phlegmasiques se rattachent à l'état puerpéral.

Le début de la maladie est presque toujours insidieux. Un ou deux jours après l'accouchement, la malade est prise d'un frisson initial; puis elle ressent un point de côté ou une douleur dans la fosse iliaque, le plus ordinairement du côté gauche. On attribue généralement ce point d'élection à la déchirure du col, plus commune à gauche qu'à droite, en raison de la plus grande fréquence des positions occipito-iliaques gauches. Cette manière de voir ne s'appuie sur aucune preuve bien établie. Pour l'instant, il faut néanmoins l'accepter telle quelle.

Le plus souvent ces prodromes passent

(1) Suite. Voir le numéro du 1er avril.

inaperçus, et les malades reprennent leurs occupations vers le dixième jour, selon la règle la plus ordinaire. Sous l'influence de la fatigue, les douleurs se réveillent et la fièvre s'allume. Lorsque l'on n'est pas prévenu de la marche insidieuse de la maladie, ces symptômes ne sont pas remarqués. Comme les malades sont pâles, affaiblies, languissantes, on met un tel état sur le compte de l'anémie, et, avec un traitement banal, on se contente, le plus et le mieux, de leur conseiller le séjour à la campagne. Plus d'une fois, un examen attentif a révélé, en pareil cas, le développement d'un phlegmon iliaque d'un énorme volume.

La caractéristique de ces phlegmons, c'est de se propager vers les régions voisines. On les voit émigrer vers la paroi abdominale, vers le vagin, où il se développe un véritable plastron, vers le pli de l'aine. On a vu la collection remonter jusqu'au voisinage de l'ombilic, descendre jusqu'à la partie interne du genou.

Le travail inflammatoire peut durer longtemps. Alors l'état fébrile persiste, avec retour des frissons le soir, et redoublement des douleurs. Le plus souvent la résolution est complète, mais parfois il arrive que la tumeur prend de la consistance, et devient d'une dureté ligneuse. On a vu ces indurations persister pendant plus de deux ans, sans donner lieu à de graves perturbations fonctionnelles. Plus d'une fois, l'autopsie a permis de constater l'existence de ces plaques d'origine phlegmasique, dont la présence n'avait pas été soupçonnée pendant la vie.

Dans d'autres circonstances, il se déclare un travail tardif d'abcession, qui s'annonce par des frissons erratiques et un redoublement fébrile la nuit, signes révélateurs d'un abcès profond.

Lorsque l'attention est attirée sur ce point, il faut s'efforcer de reconnaître la fluctuation. Mais ce n'est pas facile, en raison de la souplesse de la paroi abdominale, de percevoir la sensation du flot en retour. Il est arrivé aux chirurgiens les plus habiles de ne pouvoir produire cette fluctuation, alors même qu'une abondante collection se trouvait en rapport avec la paroi abdominale.

L'indication qui domine, dans la thérapeutique des abcès des ligaments larges, c'est d'ouvrir aussitôt que la collection est accessible. Sans cette précaution, en effet, les pus produit les décollements les plus étendus. On l'a vu s'ouvrir une voie jusqu'à l'ombilic, aux lombes, à la fesse, au genou. Assez communément, aussi, il a tendance à se faire jour dans l'intestin, dans la vessie. Cette dernière voie est très à redouter. En effet, le séjour du pus dans le réservoir urinaire tend à produire une cystite, qui peut se propager vers les uretères et les bassinets.

Pour toutes ces raisons, il est de la plus grande importance d'ouvrir de bonne heure ces abcès.

Deux méthodes ont été conseillées à cet effet. Celle à laquelle on a longtemps donné la préférence, et que l'on a, à tort, rapportée à Récamier, est due à Martin (de Lyon). Elle a pour but de déterminer des adhérences, qui mettent à l'abri d'un épanchement de la collection dans le péritoine. Dans ce but, on fait des applications plus ou moins réitérées de potasse caustique, de manière à permettre de pénétrer dans la collection au travers de tissus adhérents et mortifiés.

On a fini par renoncer presque complétement à ce procédé, dont le grand inconvénient est d'infliger aux malades des souffrances inutiles. Lorsque le pus est colligé, les adhérences qui se sont naturellement produites, rendent impossible toute pénétration du pus dans le péritoine. Si l'abcès s'est développé jusque dans la paroi abdominale, il s'y est enkysté. Le danger que l'on se propose d'éviter, par ce mode aussi long que douloureux, est donc tout à fait illusoire. Aussi mérite-t-il avec raison d'être abandonné. C'est au bistouri qu'il convient de donner la préférence.

Pour procéder à l'ouverture de ces abcès, il faut opérer ainsi que dans la hernie étranglée.

On doit se servir d'un bistouri courbe, et faire à la peau une incision de 0,04 à 0,05. Il faut ensuite sectionner les tissus couche par couche. Il convient de ne pas se porter trop en dedans, de peur de rencontrer l'artère épigastrique. Si l'on vient à couper quand même quelque vaisseau artériel, il faut en opérer aussitôt la ligature, ou arrêter l'hémorrhagie au moyen de pinces hémostatiques. Lorsque l'on est arrivé aux limites de la paroi à diviser, il est bon de ne pénétrer dans la collection que par une étroite ouverture.

Si le pus a opéré son émigration vers le vagin, il importe qu'une contre-ouverture soit ménagée à la partie déclive, pour faciliter l'écoulement de la collection. A cet effet, on insinue, par l'orifice supérieur un trocart de Chassaignac, avec lequel on perfore le vagin. Puis, dans ce trajet fistuleux artificiel, on établit un tube à drainage.

Autant les femmes abandonnées à elles-mêmes sont sujettes à des retours, à des poussées inflammatoires réitérées, autant elles sont mises, par un tel traitement, à l'abri de toute récidive.

Il est même un fait digne de remarque. A peine guéries, souvent elles deviennent enceintes. Cette grossesse, chez elles, suit une marche normale, et l'accouchement prend une allure toute physiologique. Il ne se produit, à sa suite, ni flexion, ni déviation de l'organe gestateur.

Dr CH. BERTRAND.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

—

HÔPITAL DES CLINIQUES.

Service de M. le professeur BROCA (1).

§ 3. — Carie circonscrite du corps de la troisième vertèbre lombaire. — Abcès inguinal double. — Explication nécropsique de l'infiltration des membres pelviens. — La douleur dans le mal de Pott et dans la carie lombaire. — Les véritables causes de la mort de cette malade.

M. Broca a fait voir une pièce très-intéressante d'anatomie pathologique.

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-huit ans, qui a succombé, après deux mois et demi de maladie, à une affection peu commune.

A l'époque signalée, elle était atteinte d'un abcès de l'aine, qui a été évacué à l'aide de l'aspirateur de M. Potain. Cette aspiration a donné issue à un litre de liquide purulent.

Sortie trop tôt de l'hôpital, elle y est rentrée le 15 octobre. A ce moment, elle a subi une seconde ponction. Pour s'opposer au rapprochement des lèvres de la plaie, celles-ci ont été cautérisées avec le thermo-cautère.

Un second abcès n'a pas tardé à se former du côté de l'aine opposée, s'étendant à la cuisse, et pénétrant, par la gaîne fibreuse du psoas iliaque, jusque dans l'intérieur de l'articulation coxo-fémorale.

Il s'agissait évidemment d'un abcès métastatique, ayant son point de départ dans la colonne vertébrale. Il était intéressant d'en déterminer le siége.

Cette femme n'était atteinte d'aucune gibbosité. Elle n'était affectée d'aucune paralysie. Il ne s'agissait donc pas du mal de Pott.

Or, voici ce que la nécroscopie a démontré.

Le corps de la troisième vertèbre lombaire est frappé de carie. Le siége de cette carie explique nettement la formation des deux abcès symétriques.

Lorsque la carie se produit sur l'un seulement des côtés du disque vertébral, le pus passe le long de la gaîne du psoas iliaque, pour venir aboutir au pli de l'aine correspondant. Lorsque le corps entier de la vertèbre est entrepris, la fusée purulente se fait jour sous le grand surtout ligamenteux de l'un et de l'autre côté, donnant lieu à un abcès double et

(1) Suite. Voir le numéro du 1er avril.

symétrique. Tel a été le cas de notre malade.

On comprend qu'une affection ainsi localisée n'aboutisse pas à la déformation du squelette, parce qu'elle n'est pas assez étendue pour compromettre la solidité de la colonne vertébrale.

Cette malade a présenté deux symptômes dont l'autopsie donne l'explication la plus satisfaisante.

Chez elle, il y avait une infiltration très-prononcée des extrémités pelviennes. Il ne pouvait en être différemment. Les deux veines iliaques primitives sont aplaties et adhérentes aux aponévroses. La circulation était donc entravée dans les membres inférieurs. Dans l'une des veines iliaques s'était aussi formé un fort caillot sanguin. Dans les cas analogues, on a vu ces caillots se prolonger jusqu'au voisinage du foie ou des veines rénales.

Cette malade a accusé un moment des douleurs assez vives dans un des membres pelviens. Il ne faut pas confondre ces douleurs avec celles qui s'observent dans le mal de Pott. Dans ces derniers cas, la souffrance tient à la compression des filets nerveux, par suite de l'affaissement du corps des vertèbres. Dans les conditions analogues à celles où s'est trouvée notre malade, ces douleurs tiennent à la compression directe des nerfs, par le fait seul de la collection purulente. Celle-ci une fois évacuée, soit artificiellement, soit spontanément, la douleur s'éteint par la disparition de la cause qui lui avait donné naissance.

On peut aisément se rendre compte des causes de la mort de notre malade. L'issue funeste n'a pas été la conséquence directe de l'affection dont elle était atteinte. Par elle-même, cette dernière n'était pas de nature à éteindre les sources de la vie. La mort doit être rapportée à l'épuisement résultant d'une suppuration très-abondante et aux accidents de putridité, déterminés par la pénétration de l'air dans ce vaste et profond foyer purulent.

§ 4. — Tumeur graisseuse de la région malaire. — Opération.

Une jeune femme, âgée de vingt-cinq ans, vient se faire opérer d'une tumeur du volume d'une noix, siégeant à la région malaire. Se fondant sur la fréquence plus grande des kystes séreux sur cette partie du corps, nonobstant la dureté de ce produit hétéromorphe, qui porterait plutôt à faire croire à une tumeur graisseuse, M. Broca croit devoir s'arrêter de préférence à la première supposition.

Pour défigurer le moins possible cette jeune femme qui, ainsi que l'homme, n'a pas la ressource de la barbe, pour dissimuler la présence d'une cicatrice, M. Broca pratique avec le bistouri une petite ouverture. Se servant ensuite d'une spatule, il énucle la tumeur, qui paraît constituée par un lipôme. Pour prévenir toute chance de repullulation, avec une pince et des ciseaux, on va profondément chercher, pour les extraire, toutes les parties suspectes. Aux derniers coups de ciseaux, un flot de sang jaillit au dehors. Une ligature serait difficile à appliquer, au travers de l'étroite ouverture pratiquée au tégument cutané. Renonçant donc à un moyen qui aurait pour effet de produire une difformité qu'il s'est surtout proposé d'éviter, M. Broca se fait donner de la charpie et de l'alcool camphré, et s'en sert pour préparer des boulettes, avec lesquelles il bourre le fond de la plaie. Un aide est ensuite chargé d'exercer, avec les mains, une compression qui met bientôt un terme à l'hémorrhagie. Par excès de prudence, la charpie est laissée au fond de la plaie, et la compression est maintenue par quelques doloires. Il y aura lieu, au bout de un ou deux jours, de songer à effectuer un pansement tendant à éviter, autant que possible, la production d'une cicatrice désagréable.

Dr Ch. Ferrant.

MATIÈRE MÉDICALE

Le quinquina. — Le sulfate de quinine (1).

Quinquina.

Les préparations de quinquina ne doivent pas être administrées aux enfants âgés de moins de deux ans. Elles leur donnent de l'excitation, de l'insomnie, de la dyspepsie. Ce n'est pas, surtout, quand un enfant ne peut digérer du lait, qu'il faut lui faire prendre du quinquina.

Au dessus de deux ans, le vin de quinquina se prescrit à la dose d'une cuillerée à café, une fois, puis deux fois par jour, au moment des repas.

Il faut avoir soin de couper le vin avec de l'eau, car, comme il contient de l'alcool, il provoquerait de l'excitation gastro-intestinale et de la dyspepsie.

Il faut suspendre le médicament au bout de quelque temps, car il donnerait lieu à des symptômes d'irritation gastro-intestinale, à de la constipation, à une stimulation exagérée du système nerveux. Après quelques jours de repos, il convient de revenir à son usage.

Le quinquina trouve des indications dans le traitement des enfants anémiques, chlorotiques, ainsi que dans les fièvres intermittentes rebelles, qui sont plus efficacement combattues par lui que par le sulfate de quinine.

Sulfate de quinine.

Longtemps on a prescrit le sulfate de quinine par la méthode endermique. On incorporait ce médicament dans de l'axonge, et on pratiquait des frictions dans les aines, dans les fosses axillaires. M. J. Simon a pu se convaincre, en faisant l'analyse des urines que, au-dessus de deux ans, le médicament n'est pas absorbé. Au-dessous de cet âge, il croit qu'il en est de même; mais il ne voudrait pas le certifier, n'ayant pu, jusqu'ici, se livrer à une expérience suffisamment probante à cet égard. Ce qu'il affirme, c'est que ce mode de faire ne donne lieu à aucun effet au-dessus de l'âge de deux ans. Pour ce motif, il est inutile de tenter un mode thérapeutique qui ne peut fournir que des résultats négatifs, et, par là même, décevants.

Le sulfate, le bromhydrate de quinine s'administrent, à partir de l'âge de dix à douze ans, en poudre, dans des hosties, dans des cachets Limousin, dans du café noir, dans des confitures acides, et en petites pilules, contenant chacune 0,005 de médicament.

Ce sel se conserve très-bien dans du sirop de tolu ainsi que dans la glycérine. Ce dernier mode est très-usité au delà de l'Océan. L'an dernier, M. J. Simon a été consulté par une famille venant de San-Francisco, qui lui a montré une telle solution qui, après ce long voyage, n'avait subi aucune altération. On peut dissoudre 0,10 de sulfate de quinine dans chaque cuillerée à café de glycérine. C'est une excellente préparation que les voyageurs peuvent emporter avec eux, lorsqu'ils ont de grandes distances à parcourir, et que, soit par précaution, soit pour les besoins de leur santé, ils estiment utile d'avoir constamment sous la main une bonne préparation de sel de quinine.

Le meilleur mode d'administration de la quinine chez l'adulte, c'est la solution acide, sous la forme de potion pharmaceutique.

Chez les enfants, il faut éviter les acides. Les formes ci-dessus, pour cette raison, doivent être préférées à la dernière.

Un autre mode d'administration consiste dans la pratique des injections hypodermiques, qui conviennent surtout lorsque l'action du médicament doit être très-rapide. On peut y recourir dans les fièvres intermittentes pernicieuses.

Il est une troisième voie qui peut être utilisée : c'est le rectum. On fait dissoudre de 0,05 à 0,20 de sel dans un peu d'eau, au moyen d'une goutte de vinaigre ou de jus de citron. Comme la réaction des liquides du gros intestin est alcaline, il faut augmenter un peu les doses médicamenteuses. Il est bon aussi d'incor-

(1) Leçon de M. Jules Simon.

porer le médicament dans de l'amidon cuit, pour faciliter sa tolérance.

En règle générale, il ne faut jamais craindre, dans un danger pressant, de prescrire de fortes doses de sel de quinine. A ce propos, M. J. Simon rappelle le cas d'un neveu de M. Fournier, qui, à l'âge de deux ans et demi, était affecté d'une soi-disant méningite. Son état était réputé désespéré. M. J. Simon lui fit administrer 0,10 de sulfate de quinine toutes les heures, jusqu'à production d'effets toxiques. Il se produisit une excitation extrême, lorsque la dose se fut élevée à 0,70. Puis, le petit malade tomba dans la somnolence. Le médicament fut suspendu, pour être repris le lendemain et le surlendemain de la même façon. Le troisième jour, l'enfant était ressuscité.

En pareil cas, si l'on en veut retirer tous les effets utiles, il faut aller jusqu'à l'inconvénient du médicament.

Que l'on administre le sulfate de quinine par l'estomac ou l'intestin, il est bon de lui ajouter une goutte de laudanum, pour faciliter la tolérance et l'absorption.

A partir de l'âge de deux ans, il faut élever la dose de 0,30 à 0,40, en commençant par 0,20. De trois à quatre ans cette dose doit atteindre 0,50 à 0,60. Ces doses paraissent énormes, car, avec 0,50, l'adulte accuse des bourdonnements d'oreilles : mais l'expérience a appris à M. J. Simon qu'aucun danger n'est à craindre, et que les doses massives donnent lieu à des effets thérapeutiques remarquables.

Il fait, du reste, remarquer que ces phénomènes se produisent chez l'adulte lorsque le médicament est ingéré entre les repas. Comme il les administre, en principe, au moment de ces derniers, la substance médicamenteuse n'est pas absorbée dans son entier.

Les effets physiologiques en sont, pour cette raison, moins marqués.

A partir de cinq à six ans, M. J. Simon prescrit aux enfants les mêmes doses de sels de quinine qu'aux adultes.

Ingérée entre les repas, la quinine produit un peu de pincement de l'estomac, de la gastralgie. En l'administrant au moment même du repas, toute douleur gastrique est évitée, et l'effet thérapique du médicament est tout aussi sûr.

On a dit que le sulfate de quinine donnait la diarrhée. M. J. Simon ne s'en est jamais aperçu. Il raconte même un cas où ce médicament a produit un effet tout opposé.

A la suite d'un bain, une dame était, depuis vingt ans, en proie à une diarrhée chronique colliquative, qui avait résisté à tous les moyens de traitement, même au régime lacté, auquel elle était depuis longtemps soumise. Une nuit, à deux heures du matin, M. J. Simon fut appelé auprès d'elle. Il la trouva froide, glacée, allant sous elle, en un mot, à l'article de la mort. Il lui prescrivit du malaga et 1 gr. de sulfate de quinine. Un mois après, cette dame était à l'exposition de Londres, munie, par précautions, de sa solution de sulfate de quinine et de glycérine, à laquelle elle avait dû la vie, et qui ne la quittait plus.

Le sulfate de quinine ralentit la circulation et diminue la tension du pouls. Il produit de la céphalalgie, de la surdité, des bourdonnements d'oreilles, des hallucinations ; il détermine la dilatation des pupilles. Il donne lieu à l'ivresse quinique, qui est suivie de la somnolence et du coma. Il s'élimine par les urines, par la transpiration et par la salive.

Une question dont la solution est très-importante est celle-ci. A quelle heure agit le sulfate de quinine? Comme ses effets physiologiques se dessinent trois heures après son ingestion, on pourrait croire que, en le prescrivant à cet intervalle des accès, ceux-ci devraient se trouver enrayés. Ce serait à tort. En effet, à ce moment si rapproché de ces mêmes accès, il y a de l'embarras gastrique, une congestion du foie. Le médicament devient, dès lors, d'une efficacité insuffisante. Il faut agir à un intervalle beaucoup plus éloigné. Est-on, par exemple, en présence d'une fièvre intermittente bien réglée, commençant à trois heures de l'après-midi? Il fa

administrer la quinine de grand matin, autant que possible douze heures avant l'accès à venir.

Quand il s'agit d'une fièvre intermittente simple, on peut débuter par un vomitif. Mais dans les cas graves, il n'y a pas de temps à perdre. Il faut débuter par une dose massive. On peut faire une potion avec 0,50 de sulfate de quinine, potion qui sera prise en trois fois, de quart en quart d'heure.

Si les fièvres sont mal réglées, on aura recours à l'extrait de quinquina, à la teinture, au vin de quinium, sans préjudice du sulfate de quinine.

Le sulfate de quinine trouve aussi son indication dans les névralgies diverses, dans cette affection bizarre, bien connue des oculistes, où le globe oculaire est tendu, fluxionné; dans le rhumatisme musculaire, articulaire; dans la fièvre procédant des voies urinaires, dans les palpitations de cœur nerveuses, etc., etc.

Excepté le mercure, il n'est pas de médicament qui ménage plus d'heureuses surprises que le sulfate de quinine. Lorsque l'on croit tout perdu, il peut encore constituer une planche de salut. C'est, en effet, le plus singulier des Protées que la fièvre intermittente. Elle peut se présenter sous la forme d'une pneumonie, d'une hémopthysie, d'une épitaxis, de l'épilepsie, d'une claudication, d'une chorée, etc., etc. Si l'on considère que tout est possible avec la fièvre intermittente, on comprendra qu'il pourra suffire d'administrer une dose de quinine pour opérer de véritables résurrections. Exemple : cet enfant atteint d'une soi-disant méningite jugée désespérée; exemple : cette dame affectée de diarrhée colliquative, plongée dans le collapsus avant-coureur de la mort : deux sujets qui, contre tout espoir, ont été, on peut le dire, en quelques heures, rappelés à la vie, à la suite de l'administration du précieux antipériodique.

Dr MARCELLIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Des polypes de l'utérus et de certaines dégénérescences fongueuses du col de la matrice,

par le Dr Piachaud, de Genève.

M. Piachaud rappelle avec Marion Sims que, là où il y a une ménorrhagie ancienne, il existe toujours une cause organique.

Le sujet a un véritable intérêt pratique, les polypes étant fréquents et donnant le plus souvent lieu à des accidents dangereux pour la vie des malades. Il faut donc toujours examiner directement les femmes qui présentent des métrorrhagies.

Dans bien des cas, le toucher vaginal suffit pour arriver à un diagnostic certain; mais si le polype est encore dans la cavité du col ou dans celle de l'utérus même, il faudra y joindre le palper abdominal, ou même dilater le col au moyen de l'éponge préparée.

La nature intime du polype est bien moins importante, au point de vue pratique, que son lieu d'implantation (surface du col, — cavité du col, — cavité utérine). Cette question de siége, en effet, permet de conclure à peu près à sa composition anatomique. Les polypes de la cavité utérine sont généralement fibreux; ceux de la cavité du col, muqueux, glanduleux ou fongueux, et ceux de la surface du col, enfin, fibro-celluleux ou muqueux.

M. Piachaud a observé treize cas de polypes fibreux ayant leurs pédicules fixés aux parois de la cavité utérine et proéminant dans le vagin par le col dilaté. Dans un premier cas, il sectionna le pédicule au moyen d'un bistouri boutonné courbé par le plat; dans deux cas il fit usage des ciseaux courbes; dans les autres cas, il préféra l'écraseur linéaire de Chassaignac. Dans un dernier cas, de simples tractions suffirent pour son oblation.

Le cas le plus intéressant est celui d'une femme atteinte de pertes utérines datant de plusieurs mois et prise, depui

quelques jours, de symptômes de péritonite. Chez cette malade, le toucher fit reconnaître un polype du volume d'un œuf, entrant dans le col par un pédicule assez large. L'opération aussitôt effectuée à l'aide de l'écraseur permit d'arracher cette femme à une mort presque certaine.

Passant en revue les diverses méthodes opératoires, M. Piachaud rappelle la ligature, bien plus dangereuse que les procédés qui l'ont généralement remplacée ces dernières années. Puis il parle de l'excision, qui peut se pratiquer au moyen de ciseaux courbes, d'un long bistouri boutonné courbé sur le plat, du serre-nœud de Maisonneuve ou de l'écraseur linéaire de Chassaignac, auquel l'auteur donne généralement la préférence.

L'opération se compose des quatre temps suivants : 1° saisir le polype avec une pince à griffes; 2° introduire la chaîne de l'écraseur et la développer jusqu'au pédicule; 3° exercer une traction sur la tumeur au moyen de la pince; 4° faire la section du pédicule.

Bien que l'auteur n'ait jamais eu d'hémorrhagies après l'opération, comme on en a signalées dans des cas rares, il est bon d'avoir de la teinture de perchlorure de fer et des bourdonnets de charpie. Lors même qu'il resterait une partie du pédicule, on peut la laisser sans crainte, car elle ne tarde pas à s'éliminer. Un polype utérin, en effet, n'est au début qu'un corps fibreux interstitiel, qui proémine du côté de la cavité utérine et se pédiculise peu à peu, coiffé par la muqueuse qui s'amincit de plus en plus.

Quant aux polypes de la cavité du col, ils sont généralement petits, sauf les fibro-muqueux. Malgré leur peu de volume, ils n'en donnent pas moins lieu à des pertes graves.

Des treize cas observés par M. Piachaud, neuf faisaient saillie dans le vagin ; quatre étaient restés enfermés dans la cavité du col. Dans ce dernier cas, il est nécessaire, pour arriver au diagnostic, de dilater l'orifice utérin avec un cône d'éponge préparée, en suivant les recommandations de Marion Sims. Sur trois des cas dans lesquels notre confrère genévois a dû recourir à l'éponge, il en est un où ce moyen devint un agent curatif. Le polype revint avec l'éponge quand elle fut retirée. Dans les deux autres cas, M. Piachaud arracha le polype avec une pince. Dans l'un d'eux, il fallut parer à une légère hémorrhagie, par une cautérisation avec un crayon de chlorure de zinc.

Dans le quatrième cas, ne pouvant recourir à la tente-éponge, qu'il ne connaissait pas alors, ce chirurgien put effectuer la torsion et l'ablation du polype avec une pince. Survint une hémorrhagie consécutive qui fut réprimée par le caustique de Filhos.

Quand ces polypes ont franchi le col, l'examen avec le doigt suffit parfois pour les détacher quand ils sont muqueux; quant aux fibreux, ils doivent être enlevés avec un écraseur, des ciseaux ou un bistouri, puis cautérisés, s'il y a lieu.

Les polypes glanduleux fournissent les mêmes indications. Pour ce qui est des fibro-muqueux : ils s'enlèvent par fragments, au moyen de la pince à polypes.

Les productions fongueuses du col qui occasionnent, elles aussi, des hémorrhagies, constituent de vrais carcinomes. En pareil cas, il faut pratiquer, avec l'écraseur, l'amputation du col utérin. M. Piachaud a pratiqué cette opération cinq fois. Quatre de ces malheureuses ont succombé dans l'année qui suivit l'opération. La dernière vivait encore, un an après avoir été opérée.

Si ces cas ne sont pas encourageants, ils sont du moins instructifs. Ils montrent d'une manière évidente que l'amputation du col utérin, dans sa portion sous-vaginale, peut se faire sans danger. En effet; notre confrère n'a jamais observé d'accident sérieux, et les résultats immédiats ont été satisfaisants, en ce sens que les pertes ont été arrêtées. La vie des malades a été ainsi certainement prolongée.

Dans la discussion que la lecture de ce travail suscita dans la Société médicale de Genève, le Dr Gautier a signalé l'oubli de certains polypes fibrineux, débris de fausses couches, contenant à leur intérieur des caillots plus ou moins anciens : ces polypes, très-friables, s'éliminent parfois d'eux-mêmes, mais ils peuvent être, avec avantage, enlevés par le chirurgien. Il préfère, pour son compte, le serre-nœud de Maisonneuve, à l'écraseur. Le premier s'introduit plus facilement, nécessite un moins grand appareil chirurgical et évite la nécessité de tractions faites sur le col. Si le fil se rompt, on peut facilement le remplacer. Cette rupture, d'ailleurs, n'arrivant qu'au moment où le polype est en grande partie détaché, il suffit alors de quelques tractions pour compléter l'ablation. Dr CORNAZ.

de Neufchâtel (Suisse).

Hémorrhagies colliquatives ; collapsus. — Excellents effets des injections sous-cutanées d'éther.

On sait quel excellent parti on a tiré, dans ces derniers temps, des injections sous-cutanées d'éther dans certains cas de collapsus, et d'hémorrhagies liées à l'accouchement, assez abondantes pour mettre les jours en danger (1). M. Verneuil vient de tirer un nouveau et précieux parti de cette méthode, en l'étendant aux cas dans lesquels les pertes de sang, quelle que soit la cause qui les détermine, sont assez profuses pour mettre la vie en péril. Il en a été ainsi chez deux malades dont nous allons, à grands traits, esquisser l'histoire.

Le premier fait concerne un jeune garçon auquel l'éminent chirurgien de la Pitié avait opéré l'ablation d'un polype naso-pharyngien. La quantité de sang perdue à la suite de cette opération avait été si considérable, que le jeune malade était tombé dans un collapsus grave, avec abaissement notable de la température, tombée à 35°. C'était un cas de transfusion du sang. Avant d'en venir à ce moyen extrême, M. Verneuil se décida à recourir aux injections sous-cutanées d'éther.

Dès le premier jour, plusieurs injections furent pratiquées, à la dose, chaque fois, de 15 gouttes de ce liquide stimulant. Sous l'influence de cette médication si simple, la température s'éleva presque aussitôt. Les injections furent continuées pendant plusieurs jours, au bout desquels l'état du malade devint des plus satisfaisants.

Le second fait présente encore plus d'intérêt. Il s'agit d'un cas de hernie étranglée, jugée, par le professeur, inopérable, en raison de l'état de collapsus du malade, chez lequel la température était descendue à 35°. Sous l'influence des injections sous-cutanées d'éther, dès le jour même le thermomètre remonta à 37°, condition qui permit de pratiquer l'opération, laquelle fut suivie de succès.

Pour ce qui est du *modus faciendi*, voici comment procède M. Verneuil.

Il commence par prendre exactement la température du malade. Puis, il fait une première injection avec 15 gouttes d'éther. Au bout d'une heure, nouvelle exploration thermométrique. Si la température n'est pas revenue à son degré normal, il pratique une seconde injection. Il procède de la sorte tant qu'il est nécessaire, de manière à tirer tout le parti possible de ce puissant agent de stimulation.

Il ne faut pas s'inquiéter de la grande proportion des doses d'éther employées. Il n'y a rien à redouter au point de vue des accidents tant généraux que locaux. A ce dernier égard, les injections sous-cutanées d'éther sont aussi inoffensives que celles des préparations de morphine.

Les expériences de M. Verneuil établissent donc ce fait, qui a une très-grande portée :

Dans les affections à collapsus profond, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'a produit, les injections sous-cutanées d'éther constituent un des stimulants les plus puissants, les plus rapi-

(1) Voir le n° du 1er décembre 1876. p. 635 de la *Revue*.

dement suivis d'effets. On a pu se convaincre, par le dernier fait rapporté plus haut, que quelques heures peuvent suffire pour faire remonter à son degré normal la température du corps, abaissée de plusieurs degrés. Des horizons nouveaux viennent donc de s'ouvrir pour la méthode des injections sous-cutanées. Désormais, on peut opérer avec succès des malades, en les faisant sortir d'un état de collapsus, qui n'eût laissé aucune chance à l'opération. Il sera permis, grâce à elle, de circonscrire le champ de la pratique si aléatoire de la transfusion.

Il est donc permis d'espérer que, dans une sphère d'action nécessairement beaucoup plus restreinte, les injections éthérées rendront des services non moins signalés que les injections morphinées, qui, chacun le sait, constituent une des plus belles conquêtes de la thérapeutique moderne.

Dr VERDREAU.

Simple note sur le traitement des fractures de la rotule, à propos du nouvel appareil (*carton et amidon*) de M. le Dr Miton de Franco Alencas.

Dans le numéro du 15 novembre 1876 de la *Revue*, nous avons publié une notice du Dr Miton de Franco Alencas, de Ceara (Brésil), relative à un appareil aussi simple qu'ingénieux, dont se sert cet honorable confrère, pour le traitement des fractures comminutives de la rotule. Cet appareil, rappelons-le en quelques mots, est constitué par un morceau de carton, à la partie centrale duquel on pratique un évidement destiné à emboîter exactement la rotule. La pièce de carton, doublée d'une mince couche d'ouate, est fixée au moyen d'un appareil amidonné, recouvrant le membre affecté, dans sa presque totalité.

Dans l'article cité, le médecin brésilien parle de deux cas de fractures comminutives, traitées avec succès au moyen de son appareil. Aujourd'hui, nous recevons de lui une nouvelle communication, dont nous nous empressons de donner connaissance à nos lecteurs.

Cette observation est fort concise, l'auteur ayant jugé inutile de revenir sur la description qu'il a donnée de son appareil, dans le numéro cité, auquel nous nous contenterons, à notre tour, de renvoyer ceux de nos lecteurs qui désireront être plus amplement édifiés sur cet objet.

Voici, maintenant, la dernière communication de notre confrère du Brésil, telle qu'il nous l'a adressée :

« Manuel Soans, âgé de quarante-sept ans, de forte constitution, s'occupait au chargement d'un navire, quand un coup de lame le fit perdre l'équilibre. Il tomba lourdement avec son fardeau, et fut se heurter contre des caisses, d'une façon si malheureuse, qu'il se fit une blessure à la tête, et se donna une fracture de la rotule, avec plaie du côté interne de l'articulation. Il fut aussitôt apporté à l'hôpital, crachant le sang à pleine bouche.

« Je constatai que la rotule était fracturée en trois morceaux, deux inférieurs, un supérieur.

« Pendant les trois premiers jours, je m'occupai surtout de l'état général, qui était assez grave. Pour arrêter le crachement de sang, je fis poser huit ventouses scarifiées sur le côté de la poitrine, et au bout de quelques jours, l'amélioration de cet état étant obtenue, je posai mon appareil de carton et d'amidon, selon le mode décrit dans le numéro du 15 novembre 1876 de cet estimable journal.

« Le vingt-et-unième jour, le malade se plaignait de ressentir de la douleur, correspondant au point de la plaie du genou ; je levai l'appareil. Le coton se trouvant détaché, je trouvai ladite plaie couverte de bourgeons charnus.

« Je renouvelai la couche de ouate, et réappliquai le même appareil.

« Au bout de soixante-dix jours, le malade, parfaitement rétabli, retournait dans sa famille. »

— C'est le cas de rappeler l'heureuse application de notre *appareil gélatiné* à la contention des fragments rotuliens,

par notre honorable confrère, le Dr Nelson-Pautier, d'Aigres. Cet appareil consiste en deux anneaux, constitués par des doloires gélatinées, appliqués, l'un à la partie inférieure de la cuisse, l'autre à la partie supérieure de la jambe. Sur chacun des bords libres et correspondants de ces anneaux, sont pratiqués, à la région rotulienne, cinq ou six œillets, permettant d'opérer, à l'aide d'un lacet, le rapprochement des deux anneaux gélatinés. Ce rapprochement a pour double effet : d'immobiliser le membre, et d'opérer la contention des fragments rotuliens.

Nous croyons bon de nous borner à ce simple rapprochement, renvoyant les lecteurs qui désireront prendre connaissance de la communication de M. Nelson-Pautier au numéro du 1er août 1875, p. 400, de la *Revue de thérapeutique*.

Auquel de ces deux appareils convient-il d'accorder la préférence? Nous nous garderons de répondre à une telle question. Chacun d'entre eux se distingue par de précieuses qualités. Leur simplicité est extrême ; ils sont très-bien supportés par les malades, leur sûreté d'action est établie par des faits probants. *Abondance de biens ne nuit pas*, dit un vieux proverbe. Mieux vaut avoir à sa disposition deux appareils d'un emploi facile et sûr, que d'utiliser des agents de contention compliqués et d'une action infidèle.

Il faut, toutefois, le dire d'une façon générale. Pour ce qui est du choix que l'on doit faire d'un appareil, quel qu'il soit, il convient, avant tout, de se guider sur les indications. Pour ne parler que des fractures de la rotule, ce sera toujours celui qui maintiendra le plus aisément, avec le moins de gêne pour le blessé, les fragments dans une bonne situation, qui sera le meilleur appareil. Ce sera celui-là, *quel qu'il soit*, nous le répétons, auquel il y aura lieu d'accorder la préférence sur tous les autres.

H.

De quelques applications du phosphate de chaux, par le Dr Nelson-Pautier, d'Aigres (Charente).

J'ai été, je crois, l'un des premiers à expérimenter le phosphate de chaux sous la forme de chlorhydro-phosphate. Je l'ai beaucoup employé, et en ayant obtenu de nombreux succès, je ne voudrais pas qu'ils puissent être complétement perdus pour mes confrères.

C'est surtout chez les enfants, que j'ai eu fréquemment l'occasion de reconnaître la grande utilité de ce médicament, dont l'assimilation est rendue si facile sous la forme de chlorhydro-phosphate. — Les maladies des os, le développement difficile des enfants à la mamelle, les malaises inhérents à la croissance, sont surtout, à mes yeux, tributaires de cette préparation qui m'a donné les résultats les plus encourageants. J'en ai obtenu également de très-bons effets chez les jeunes mères, alors que les préparations ferrugineuses avaient été insuffisantes pour remettre le sang en état de réparer les pertes de l'organisme.

Je me suis toujours servi de la solution Coirre.

Observation. — Enfant P..., d'Aubérac (Charente), âgé de sept mois, né de parents scrofuleux, nourri d'abord par sa mère, était, lors de ma visite, confié depuis un mois à une nourrice. Il présentait le développement d'un enfant de trois mois, très-amaigri ; vomissait son lait une demi-heure et parfois davantage après l'allaitement. — Ventre volumineux et ballonné ; selles verdâtres, liquides, irrégulières, contenant des grumeaux de lait non digéré. — Le misérable état de ce pauvre enfant a nécessité, je dois le dire, une grande persévérance dans le traitement. Cependant, quinze jours à peine s'étaient écoulés, que les vomissements étaient devenus rares, et les selles plus régulières et presque normales. Deux mois après, il avait l'apparence de la meilleure santé. — La solution ne fut pas

moins continuée pour favoriser la dentition qui, quoique en retard, se fit normalement. — La solution de chlorhydro-phosphate de chaux a été prise à l'exclusion de tout autre traitement général, et cet enfant, qui a aujourd'hui trois ans, a rattrapé le temps perdu, car il présente la taille et la vigueur des autres enfants de son âge.

J'ai donné des soins à un autre enfant de huit mois, — atteint de spina-bifida intéressant la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire. — Les parents, qui avaient consulté leur médecin, avaient perdu l'espoir de conserver leur fils. — Je leur conseillai de lui faire prendre, avec une alimentation exclusivement lactée, la solution de chlorhydro-phosphate de chaux. Peu à peu, le liquide contenu dans la tumeur de cet hydrorachis disparut; et au bout de deux mois, cet enfant donnait manifestement la preuve, en se redressant, de l'amélioration apportée par le traitement, qui fut continué pendant cinq mois. L'enfant marchait à quatorze mois. — Il a aujourd'hui deux ans et demi, et la guérison paraît complète. La dépression qui existe au niveau des vertèbres lombaires n'existe plus.

J'ai eu maintes fois l'occasion de faire usage du même médicament pendant la croissance, surtout après sept et huit ans; et il m'a été facile de constater, sous l'influence de ce complément alimentaire, une prompte amélioration, qui se manifeste d'abord par une augmentation notable de l'appétit.

Je terminerai ces notes par quelques mots relatifs à une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de phthisie au troisième degré, chez laquelle il ne saurait y avoir d'espoir de guérison. La solution de chlorhydro-phosphate de chaux a amélioré son état à tel point que l'expectoration est de moitié moins abondante, que l'appétit est revenu, et que ses règles, qu'elle n'avait plus depuis sept mois, ont reparu.

Il est malheureusement très-rare, à la campagne, de soigner les phthisiques au début de leur maladie, de sorte que je n'ai pu, jusqu'à présent, prescrire cette solution dans les conditions que je crois nécessaires pour obtenir la guérison par la pétrification des tubercules.

Quelques indications générales du vin tonique de Saint-Raphaël,

par M. le Dr Xavier Blanchin.

Le meilleur titre du vin de Saint-Raphaël à la recommandation des médecins et des malades, sera, sans contredit, d'être entré dans la thérapeutique par la clinique des grands hôpitaux de Paris. M. le professeur Bouchardat, dans ses ouvrages d'hygiène, et en le signalant avec éloge, nous dit que le vin de Saint-Raphaël est employé dans les hôpitaux depuis bien des années et y rend des services incontestables.

Du temps de la médecine antiphlogistique, il n'y avait pas, à proprement parler, des repas pour les malades; la diète était très-sévère dans les hôpitaux, et l'usage d'un vin de liqueur surtout, n'eût pas été conseillé à raison des inflammations gastro-intestinales qui, dans les idées médicales d'alors, eussent pu être la conséquence de son usage. Alors l'eau gommée, le lait et le bouillon de veau suffisaient à l'entretien du patient.

De notre temps il n'en est plus ainsi; on pourrait dire même, qu'il en est tout autrement. Aujourd'hui le traitement médical, en outre de la médication, comporte aussi l'alimentation du malade. La médication est généralement tonique et l'alimentation est reconstituante. De là vient l'usage du vin à l'ordinaire des hôpitaux. La plupart des maladies semblent, de nos jours, entées sur l'anémie. De là, la vogue sans cesse croissante des agents reconstituants en général, et du vin de Saint-Raphaël en particulier.

C'est dans le traitement des maladies des femmes et des vieillards que convient surtout ce précieux tonique. C'est que, chez ces sujets, c'est surtout par le ton que pèchent les fonctions vitales et assimilatrices.

L'adolescence, dans les deux sexes, se

caractérise de nos jours par une débilité circulatoire ou fonctionnelle contre laquelle il importe de réagir. Dans ces cas, on est sûr de retirer les plus salutaires effets de l'emploi du vin de Saint-Raphaël.

Dans les maternités et les maisons d'accouchement, ce vin de liqueur tonique doit avoir des indications fréquentes. Le temps n'est plus où la diète était de règle pour la femme en couches. Plus qu'aucun malade, elle a besoin d'une alimentation qui répare les pertes organiques et subvienne convenablement à la dépense que nécessite l'allaitement du nouveau-né. Aussi, le vin de Saint-Raphaël fait-il, en quelque sorte, partie intégrante du traitement spécial des nouvelles accouchées.

MALADIES RÉGNANTES

Constitution médicale du mois de mars à Paris,

d'après les documents fournis par la Société des médecins des bureaux de bienfaisance.

M. Fontès, 1er arrondissement, constate une amélioration notable de la santé publique et une diminution des cas de fièvre typhoïde.

M. Moret, 4e arrondissement, a observé des cas d'érysipèle et de dysentérie.

M. Domerc signale les débuts insidieux de la fièvre typhoïde pendant le cours d'autres maladies, dans le 5e arrondissement.

M. Gaye, médecin du 6e arrondissement, constate un nombre encore considérable de fièvres typhoïdes : sept cas sur seize malades en traitement. En revanche, dans le même arrondissement, M. Monceaux n'en indique aucun cas, et M. Moreaux, sur vingt-six malades, n'a que deux fièvres typhoïdes et sept cas de pneumonies et de bronchites.

M. Passant, dans le 7e arrondissement, n'a qu'un cas de fièvre typhoïde et neuf cas de bronchite et de pneumonie sur vingt-six malades. Cet accroissement des affections aiguës des voies respiratoires l'amène à se demander si les propositions de M. Barella de Bruxelles sont exactes ;

Suivant lui : 1° la pneumonie s'accroît pendant les épidémies de fièvre typhoïde ; 2° si elle persiste dans des proportions exagérées, après la cessation apparente de la fièvre typhoïde, il y a lieu de supposer que le fléau n'est pas éteint ; 3° si en même temps que la fièvre typhoïde diminue, la pneumonie diminue aussi, on peut prévoir un prompt retour aux conditions moyennes de salubrité.

M. Gibert, dans le 12e arrondissement fait savoir que la salubrité de sa circonscription laisse à désirer. On sait qu'elle est populeuse et que les ressources que donne le travail ne sont pas toujours en rapport avec le nombre des enfants qui vivent au logis. Les affections dominantes sont celles des organes thoraciques. Cette opinion est partagée par M. Bonnefoy (12e arrondissement) qui ajoute : la saison a été particulièrement mauvaise pour les phthisiques.

Dr PASSANT.

PHARMACOLOGIE

Huile et extrait de foie de morue.

Les propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de morue étant universellement admises, nous n'avons pas pour objet de démontrer l'utilité de ce médicament précieux, devenu rapidement populaire. Mais il est un point, encore assez obscur, de son histoire, sur lequel nous croyons à propos d'arrêter l'esprit de nos lecteurs.

Les nombreuses analyses de cette substance très-complexe permettent-elles de déterminer nettement ses éléments actifs et de donner une théorie de son mode d'action ?

Tout d'abord, on considéra le corps gras, aliment respiratoire, comme l'unique principe curatif. Imbus de cette idée, les médecins voulurent remplacer ce médicament nauséabond, répugnant,

par des graisses plus facilement acceptables des malades : beurre, huile d'olives, d'amandes douces, de pieds de bœuf, etc. Les faits eurent promptement raison de cette théorie exclusive. Les divers corps gras essayés, sans être tout à fait inertes, se sont toujours montrés très-inférieurs à l'huile de foie morue.

On attribua alors une part d'efficacité aux métalloïdes : chlore, brome, iode, phosphore, dont cette huile contient des traces. Sans rejeter cette hypothèse, on ne peut s'empêcher de remarquer, d'une part : que leur proportion, dans l'huile, est réellement homœopathique; d'autre part, que les divers composés : huiles iodée, phosphorée, bromo-iodée, beurre ioduré, etc., par lesquels on a tenté de la remplacer, ont donné des résultats très-imparfaits, nullement comparables à ceux de l'huile de foie de morue véritable; aussi ces produits sont-ils aujourd'hui à peu près abandonnés.

Un prof. russe, qui a fait des médicaments populaires de son pays l'étude de sa vie, avait émis, il y a une vingtaine d'années, l'idée originale que l'élément éminemment actif de l'huile de foie de morue était le principe volatil (isolé plus tard, en 1850, par Wertheim et dénommé par lui propylamine), auquel cette huile est redevable de l'odeur et de la saveur *sui generis* caractéristique de ce produit, odeur et saveur qui impressionnent si désagréablement l'odorat et le goût.

Selon l'opinion du docteur de Kaleniczenko, opinion partagée d'ailleurs par bon nombre de médecins, l'huile de foie de morue brune, véritable, non dépurée, est, de toutes les sortes d'huile, la plus active. Il en faut trois fois moins que des autres. Tout en admettant l'utilité de la graisse qui, dit-il, ne diffère en rien de a généralité des corps gras, il affirme que cette supériorité de l'huile brune non dépurée est due aux proportions beaucoup plus considérables qu'elle contient des éléments de la bile et du principe aromatique volatil, dont il a été question, qui sont les agents essentiellement curatifs.

La propylamine de Wertheim, trimethylamine des chimistes, appartenant au groupe des ammoniaques composés, a été étudiée avec soin par des médecins distingués de tous les pays : Awenarius, Nielubin, de Kaleniczenko en Russie, Gaston de New-York, Namias de Venise, Van Holsbeck de Bruxelles, Fargier-Lagrange, Dujardin Beaumetz, etc., en France.

Cette substance diminue les combustions intra-organiques, abaisse le chiffre de l'urée; elle exerce une action sédative sur le système nerveux et diminue manifestement les douleurs névralgiques et rhumatismales.

La théorie du Dr de Kaleniczenko fut, presque à son origine, le point de départ de recherches nouvelles, dues à M. Meynet, pharmacien de Paris, son ami, presque son élève, sur les foies de morue, huile, eaux, extraits, foies de raies, saumure de harengs. De ces recherches, M. Meynet fut amené à conclure que l'extrait obtenu de la concentration des eaux de foie de morue, par des procédés spéciaux, était comparable, comme composition, à l'huile brune non dépurée; qu'il lui était même supérieur au point de vue de la proportion des éléments actifs; et conséquemment, qu'il devait produire des effets thérapeutiques du même genre que ceux obtenus avec cette huile.

L'extrait de foie de morue de M. Meynet contient plus de moitié de son poids de gaduine (corps gras des foies de morue, en union intime avec la matière glycogène de ces mêmes foies), les principes solubles de la bile, une proportion relativement énorme des métalloïdes; chlore, iode, brome; 2 p. 0/0 d'acide phosphorique, ce qui en fait un médicament phosphoré très-puissant; de la chaux, de la soude, des matières azotées, ammoniacales, et, enfin, 3 p. 0/0 de propylamine; toutes substances qui entrent également, mais à doses bien plus faibles, dans la composition de l'huile de foie de morue, qui leur doit, néanmoins, son action curative.

L'odeur et la saveur de cet extrait sont encore plus détestables que ce

de l'huile, et en rendraient l'administration, telle quelle, tout à fait impossible. Mais, présenté sous forme de pilules dragéifiées, c'est-à-dire recouvertes d'une couche suffisante de gomme et de sucre, les malades le prennent d'autant plus volontiers qu'il n'a plus alors ni odeur, ni saveur, et qu'il est de digestion très-facile.

Le savant professeur russe trouvant, dans les expérimentations qu'il fit, sur une large échelle, des dragées d'extrait de foie de morue de M. Meynet, la confirmation de ses propres idées, les fit connaître à ses confrères, par des articles insérés dans la *Gazette médicale officielle de Saint-Pétersbourg*.

En France, pendant ce temps, beaucoup de médecins expérimentaient le nouveau produit et, sans trop s'occuper des idées théoriques, en constataient également les heureux effets thérapeutiques.

A ce propos, une observation nous semble ici nécessaire.

Nous engageons nos confrères à ne pas confondre les *dragées d'extrait de foie de morue* de M. Meynet, avec les capsules, pilules, dragées d'huile de foie de morue, saponifiées ou non, qui, ne contenant qu'une insignifiante quantité d'huile, sont, par cela même, à peu près inertes.

On nous saura gré, croyons-nous, d'avoir insisté, un peu longuement peut-être, sur l'exposé de cette théorie peu connue de l'huile de foie de morue; théorie qui explique et justifie d'une façon satisfaisante les bons effets obtenus d'un produit congénère, facilement accepté par les malades, surtout par les adultes qui, si souvent, ne peuvent se résigner à prendre l'huile à cause de son odeur et de sa saveur répugnantes et aussi parce qu'ils ne peuvent le digérer.

Dr F. ANDRÉ.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Un cas d'occlusion intestinale traitée avec succès par l'insufflation. — En recourant au mode de traitement dont il va bientôt être question. M. Garnier, de Lyon, ne s'est pas engagé dans une voie entièrement nouvelle. J. Wood, 1836, Trastour 1873 ont obtenu des succès par l'insufflation d'air dans le gros intestin à l'aide d'un simple soufflet. Taliafera, en 1857, fit usage, en lavements de la potion de Rivière.

Dans le cas récent que je mentionne, j'ai fait intervenir l'acide carbonique à très-haute dose.

Nos siphons d'eau gazeuse commerciale sont chargés à deux ou trois atmosphères; cela doit amplement nous suffire, aidé par la chaleur du corps, pour un dégagement considérable de gaz.

Le 12 janvier, je fus appelé chez une dame demeurant place des S... trente ans environ. Une indigestion produite par une ingestion d'eau froide intempestive avait été la cause efficiente des accidents. Croyant que tout cela se passerait et s'éteindrait *sponte sua*, on se borna à des applications chaudes sur le ventre, infusions de thé, menthe, etc. Ces faits se passaient les 7, 8 et 9 janvier. Le 10, les douleurs devinrent plus vives; le 11, les coliques prenant plus d'intensité, on se décida à faire venir un confrère; potion calmante, lavement purgatif; — résultat nul.

Le 12, on me fit appeler; la malade était au plus mal. Je suis frappé de prime abord de sa face grippée et terreuse, vrai facies hippocratique. Sa peau est couverte d'une sueur abondante, froide, visqueuse; le pouls est petit et faible: elle pousse des cris effrayants, disant qu'on lui scie le ventre en deux; impos-

sible de palper l'abdomen, les douleurs s'irradiant de tous les côtés; pourtant, après un mûr examen, je crois m'apercevoir que la scène se passe dans l'intestin grêle et du côté gauche, quoique je ne puisse rien préciser à cet égard. Ses vomissements sont fréquents, bilieux et de mauvaise odeur, rappelant ceux produits par les matières stercorales; ce n'est que bile et mucosités de nature infecte. Ne voyant aucune trace de hernie, je crois à une invagination intestinale. Il n'y a pas eu de selles depuis le début, je tente un nouveau lavement purgatif : 45 grammes de sulfate de soude, 10 centigrammes d'aloès, 1 centigramme d'émétique, 100 grammes de miel de mercuriale pour 500 grammes d'eau, administré en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Il est rejeté chaque fois sans matière, et le ventre n'est point météorisé; les vomissements ne remontent pas encore à douze heures. Je ne présume pas qu'il y ait gangrène intestinale; rien ne m'indique la péritonite. Je n'hésite pas plus longtemps : je fais prendre une canule ordinaire, j'y adapte un tuyau de caoutchouc de 50 centimètres, je place ce tuyau ainsi ajusté par de fortes ligatures au robinet du siphon d'eau gazeuse de 1 litre. Trois personnes retiennent la patiente, une quatrième place la canule et presse sur le bouton; tout le liquide se précipite dans l'abdomen; il en est rejeté bruyamment — et toutes les coliques, toutes les douleurs s'apaisent comme par enchantement. Le 15, cette femme va si bien, qu'elle pense se lever demain.

(*Bull. de thérap.*).

De la fièvre puerpérale et de la septicémie; leurs rapports et leur identité probable, par le Dr Jules Gross. — Le Dr Georges Hunter rapporte plusieurs observations qui établissent la plus grande relation entre la fièvre puerpérale et la septicémie, et qui donnent raison au professeur Béhier lorsqu'il plaida si vivement l'analyse de l'infection purulente et des accidents de l'accouchement avec suppuration.

Il est très-bien avéré aujourd'hui que la fièvre puerpérale n'est pas une maladie spécifique, *sui generis*, comme l'ont pensé nombre d'observateurs, et les faits que rapporte le médecin d'Edimbourg au sujet de la contagion de cette maladie par le même mécanisme que celle de l'infection purulente, ne permettent plus de combattre l'opinion que professait notre grand clinicien Béhier.

La contagion avait pour véhicule la main de l'accoucheur, imprégnée de matière septique. Il pense que l'épiderme de ses mains a été si pénétré de cette matière, et, d'un autre côté, tellement endurci et épaissi par l'application constante d'acide phénique concentré, que plusieurs semaines devaient s'écouler avant sa complète desquamation et son entier renouvellement. La main de l'accoucheur jouait donc dans la production de la septicémie le même rôle que l'éponge impure dans la production de la pyohémie dans les salles de chirurgie.

Le Dr Gerris, se basant sur l'examen de vingt et un cas de fièvre puerpérale, arrive à des conclusions semblables. Il pense que la fièvre puerpérale est la septicémie puerpérale; il croit que la maladie diffère de la septicémie chirurgicale uniquement par le fait de l'état physiologique particulier de la femme accouchée, qui rend l'aptitude à la maladie plus grande et sa gravité plus considérable.

(*Gazette obstétricale*).

Phymosis; incoordination of movements, with loss of equilibrating power; circoncision; recovery, by E.-P. Hurd, of Newburyport. (*Phimosis, ataxie, perte de l'équilibre, circoncision, guérison.*) — Cette importante observation a trait à un enfant de sept ans, né de parents robustes et bien portants, qui fut présenté à l'auteur avec tous les symptômes qui caractérisent l'ataxie locomotrice. Non-seulement l'incoordination des mouvements était manifeste lorsque l'enfant voulait marcher, mais il lui était à peu près impossible de porter sa main jusqu'à sa bouche pour prendre

ses aliments. Enfin, pour rendre le tableau plus complet encore, H... ajoute que son malade présentait aussi les phénomènes oculo-pupillaires que l'on retrouve si souvent dans les cas de véritable ataxie locomotrice. Hyperesthésie cutanée, pouls normal, température normale. Les jours qui suivirent la première exploration, H... eut à noter une crise épileptiforme, puis de la constipation et de la dysurie. Des préparations de jusquiame restèrent sans aucune action, et l'embarras du médecin était grand, lorsque découvrant un matin le petit malade, il constata la présence d'un phimosis comprimant fortement le gland. La circoncision fut aussitôt pratiquée, et quoique la cure ait été compliquée par quelques phénomènes inflammatoires locaux, tous les phénomènes nerveux furent définitivement arrêtés par l'opération. L'auteur fait remarquer, en terminant, que cette observation semble démontrer l'existence des paralysies réflexes, contrairement aux assertions récemment émises par Vulpian dans sa dix-septième leçon sur l'appareil vasomoteur. (*The Boston med. and. surg. Journ.*)

Empoisonnement par le plomb, *déterminé par l'usage de légumes.* — Le docteur De Loos, de Leyde, rapporte, dans le *Weekblad van het nederlandsch tijdschrift voor Geneeskunde*, une observation qui prouve à l'évidence que les plantes peuvent absorber des sels de plomb et acquérir ainsi des propriétés toxiques.

Appelé à donner ses soins aux membres d'une famille, qui tous présentaient des symptômes d'intoxication saturnine, dont jusque-là on n'avait pas trouvé la cause, M. le docteur De Loos fut amené à chercher le corps du délit dans les légumes provenant d'un terrain sur lequel il y avait eu, douze ans auparavant, une fabrique de céruse.

L'incinération des légumes incriminés fit découvrir dans le résidu une quantité de plomb tel qu'il fut facile d'en faire l'analyse quantitative.

Une rave, du poids de 650 grammes, contenait 0 gr. 01 de plomb métallique; une autre, du même poids environ, en contenait 0 gr. 0136; dans six carottes, pesant ensemble 272 grammes, on en trouva 0 gr. 0173; enfin l'analyse de quatre plants d'endives démontra la présence de 0 gr. 13 de ce métal.

Les cendres contenaient également du cuivre, mais en proportion tellement minime qu'il eût été impossible d'en faire l'analyse quantitative.

Cette observation prouve qu'un cas d'intoxication saturnine étant donnée ou même soupçonnée, il est essentiel, pour en découvrir la cause, de ne perdre de vue aucun des objets qui entourent le malade.

(*Arch. méd. Belges*).

Un cas d'hématurie grave intéressant. — Il s'agit d'un boulanger, d'environ quarante ans, fort vigoureux et bien musclé, qui s'était aperçu le matin en urinant qu'il rendait du sang par la verge.

M. Bézard employa sans succès tous les moyens usités en pareil cas, l'hématurie continuait sans interruption, le sang coulait en nappe et abondamment. A l'arrivée de M. Louis Thomas, le soir, le malade était assez anémie pour inspirer de sérieuses inquiétudes; il ne pouvait se retourner dans son lit sans avoir des syncopes qui devenaient de plus en plus longues. L'écoulement continu fit supposer à ces messieurs qu'il s'agissait d'une hématurie urétrale : en effet, M. Louis Thomas sonda le malade et retira de la vessie une certaine quantité d'urine claire et ne contenant pas traces de sang. Il eut alors recours au moyen suivant : il introduisit dans la vessie une sonde de gros calibre et fit par-dessus la compression de la verge, l'hématurie s'arrêta rapidement et ne s'est pas reproduite. Il a été impossible, malgré tous les efforts des médecins traitants, de découvrir la cause de cette hématurie; il est probable qu'il y a eu là quelque manœuvre inavouable. Quoiqu'il en soit, M. Louis Thomas fait re-

marquer combien l'observation est intéressante à cause de l'abondance de l'hématurie qui généralement est loin de présenter une gravité semblable. Il appelle de plus l'attention de la Société sur le moyen qu'il a employé pour s'en rendre maître, moyen fréquemment usité dans les hémorrhagies chirurgicales, mais qu'il n'a jamais vu indiqué pour les hématuries accidentelles.

(*Société méd. d'Indre-et-Loire*).

De l'usage d'un vigoureux jet d'eau froide dans des cas d'ophthalmie phlycténulaire, ou autre avec grande photophobie, par M. Streatfeild, de Londres (*The Lancet*). — L'auteur croit pouvoir substituer à l'ancien traitement des ophthalmies phlycténulaires avec photophobie des enfants, en plongeant leur tête dans l'eau froide, mode de traitement mis en usage par le professeur de Graefe (de Berlin).

L'enfant est muni d'un manteau imperméable, ouvert par derrière, solidement fixé au cou, et fixant également les bras. Streatfeild fait adapter au robinet d'une fontaine un petit tuyau cylindrique, et le jet est dirigé sur les yeux fermés à une distance plus ou moins grande, selon la force qu'on désire obtenir. On le laisse agir pendant une ou deux minutes, et l'application s'en répète s'il en est besoin. La photophobie et le spasme des paupières cédant toujours à cet agent thérapeutique, les yeux finissent par s'ouvrir. Graefe attribue l'action simultanément physique et morale du jet d'eau au froid et à la force mécanique de cet agent. Celui-ci aurait, sur le plongeon de la tête les avantages suivants : 1° il est plus local dans son emploi ; 2° l'emploi en peut être gradué ; 3° il ne cause de frayeur ni à la mère, ni à l'enfant ; 4° il est plus commode à employer ; 5° il est plus actif ; 6° il ne mouille pas nécessairement comme le plongeon les petits malades.

Induration du tissu cellulaire guéri par le savon ioduro-sodo-sulfureux et par le savon concentré de sels de source de Krankenheil, par le Dr Schwab, de Wurzbourg. (*Betz's Memorabilien*). — De deux cas, dont l'un intéressait le bras et l'autre la cuisse, et qui, tous deux déterminés par des causes traumatiques peu intenses, avaient résisté à toute sorte d'essais thérapeutiques locaux, le premier céda au savon ioduro-sodo-sulfureux de Krankenheil, râpé avec un couteau, puis amené au moyen d'eau chaude à la consistance de bouillie, et appliqué sur une compresse de toile, avec laquelle on enveloppait tout le bras ; tandis que le second résistant à cet agent, Schwab eut recours à une préparation plus forte (savon concentré de sels de source de Krankenheil.)

Dans les deux cas, l'application provoqua la sécrétion d'un liquide jaune-clair et poisseux, avec la formation duquel se développait une sensibilité exagérée du membre, qui cédait à l'interruption momentanée des applications de savon et à l'usage de frictions d'huile (de morue, dans le premier cas ; d'œillette, dans le second).

Ces deux observations prouvent les services que peuvent rendre les préparations faites avec des eaux minérales, lesquelles sont si souvent dépréciées par les médecins, qui doutent de l'effet de toute eau minérale qui n'est pas employée sur place. Disons qu'à la station de Krankenheil, située près du bourg de Toelz, dans la Haute-Bavière, les préparations en question sont faites au dehors de la saison des bains, pendant laquelle les sources peuvent à peine suffire aux besoins des bains et de la boisson.

Remarques sur l'aspiration pneumatique avec des cas d'abcès du foie traités par cette méthode, par M. S.-F.-P. Mac-Connel (*The Indian annals of med. Science*). — L'auteur a traité quatorze cas d'abcès de foie par l'aspiration pneumatique de Dieulafoy. Sur quatorze de ces malades qui avaient de vingt-quatre à quarante-cinq ans, six moururent et huit guérirent. Dans quelques cas, une seule ponction suffit pour

obtenir la guérison, mais généralement il faut répéter cette opération, qui fut pratiquée jusqu'à huit fois dans un de ces cas.

La durée du traitement jusqu'à parfaite guérison, fut de vingt jours, au minimum et de cent-vingt et un au maximum. Dans un cas, on évacua en une fois cent douze onces de pus; la plus grande quantité aspirée dans un même cas (mais en plusieurs fois) fut de cent cinquante-six. Ces résultats sont d'autant plus encourageants que tous ces malades étaient très-affaiblis. L'auteur recommande cette méthode comme la meilleure pour les abcès peu considérables, tandis que dans les cas où le pus se reproduit rapidement, il préfère le drainage avec des pansements antiseptiques.

Nouvelle manœuvre pendant la narcose par le chloroforme, par M.-J. Heiberg (*Norsk Magazin for Laeg*). — Quand des malades chloroformés commencent à présenter une respiration irrégulière, l'auteur mécontent de tous les moyens recommandés, indique le suivant qui, d'après lui, agirait avec une sûreté extraordinaire, plaçant ses deux pouces sur le menton et la deuxième phalange de chaque index, immédiatement derrière le bord postérieur de la branche ascendante du maxillaire inférieur, il soulève ainsi entre ses deux mains la mâchoire inférieure comme si toute la tête devait suivre ce mouvement : la partie articulaire de cet os glisse alors sur le tubercule et la rangée inférieure des dents dépasse la supérieure.

Opération de la gueule de loup (palais fendu), par M. W. Fergusson (*British med. J.*). — Dans son travail intitulé : *Observations sur le bec-de-lièvre et la gueule de loup*, Fergusson indique une méthode opératoire pour remédier à ce vice de conformation. A un quart de pouce en dehors de la fissure, les parties molles sont incisées jusqu'à l'os sur une étendue égale à celle de la gueule de loup et cela naturellement de chaque côté de celle-ci : le palais dur est ensuite fendu d'arrière en avant avec un ciseau tranchant sur la même longueur, puis rapproché de la ligne médiane; après avoir raffraichi les bords, on réunit, au moyen de sutures, les deux parties du palais qu'on a rapprochées de cette ligne.

Cette opération se pratique sous l'influence du chloroforme. L'auteur publie, à l'appui de cette méthode, plusieurs observations de cas opérés ainsi. Il recommande, pour les sutures, l'aiguille Brook, de Londres.

L'hémorrhagie n'est pas considérable, le palais mou et le dur, ainsi que son périoste, ne subissent pas de lésions trop graves, enfin la réunion sur la ligne médiane a lieu tant par les parties molles que par les dures.

Sur un procédé fort simple pour extraire les corps étrangers de l'œsophage chez les enfants. — Le moyen que je propose, et que j'ai employé deux fois avec succès, est fort simple et à la portée de la première infirmière venue. Il consiste à coucher l'enfant à plat ventre sur une table en laissant déborder la tête qu'un aide soutient, puis à introduire le doigt dans la bouche *pour déprimer la langue;* aussitôt la pièce de monnaie glisse le long du doigt de l'opérateur et tombe à terre.

Ce procédé n'est peut-être pas élégant, mais il est expéditif, peu douloureux, sans danger et facile à appliquer.

(*Bull. de thérap.*).

Traitement de l'adénite syphilitique par les injections parenchymateuses d'iodure de potassium. — Le *Praktiknner* rapporte les résultats heureux que le Dr Jacubowitch a pu obtenir en employant cette méthode. Ce médecin n'emploie ni la teinture d'iode, ni aucun autre liquide alcoolique, mais une solution au trentième d'iodure de potassium. Il a eu un succès complet dans deux cas. Dans le premier, pour un bubon qui avait acquis la grosseur d'un œuf d'oie, il fit une ponction au

sommet du ganglion et enfonça son aiguille à une profondeur assez considérable.

Après avoir injecté le quart du liquide contenu dans la seringue, il rencontra de la résistance; il retira alors l'instrument en partie, puis répétant la manœuvre à diverses reprises, il parvint à injecter environ un gramme d'iode dissous dans trente d'eau.

La tumeur acquit de l'induration de prime abord; mais elle ne tarda pas à diminuer de volume, et après quatre opérations semblables, elle avait complétement disparu.

Dans un autre cas, où il s'agissait d'un noyau induré, persistant, d'une induration tendant à faire admettre l'impossibilité de l'injection, le succès fut le même.

Cette opération est applicable dans les cas où l'induration a résisté à tout autre traitement et a produit des tumeurs persistantes qu'il est nécessaire de faire disparaître.

Quand faut-il employer la lancette pour les gencives? — Quand l'époque de l'éruption des dents est arrivée, chacune d'elles est renfermée dans une crypte osseuse à l'intérieur de la mâchoire. L'éruption s'effectue par suite de l'élongation graduelle des dents, d'un côté, et de l'autre, par l'absorption simultanée des tissus superposés. L'absorption commence par les bords supérieurs et les parois antérieures de la crypte, qui disparaissent peu à peu pour faire place à la dent qui s'avance. La pousse de celle-ci suit le progrès de l'absorption jusqu'à ce que la couronne, pressant ce qui reste de couverture membraneuse, celle-ci s'atrophie, s'amincit par degrés, devient transparente et finit par livrer passage à la dent. On croit que les désordres de la dentition se produisent quand il n'y a pas harmonie complète entre les différents phénomènes, la dent s'avançant plus rapidement que ne disparaissent les tissus mous et osseux qui la renferment. Alors il y a irritation, désordres nerveux et troubles constitutionnels.

Il est clair qu'il faut hésiter beaucoup avant de percer les gencives, si la dent n'a pas encore effectué son passage à travers l'orifice contracté de l'alvéole qui se développe; mais on peut espérer apporter une aide véritable quand on aperçoit déjà la dent sous la gencive durcie, tendue et enflée. Il est incontestable que, si l'opération est bien accomplie, l'enfant est soulagé; comme d'autre part, elle ne cause que peu de douleur et n'offre aucun danger, il ne faut pas hésiter à y recourir quand les chances de succès apparaissent clairement.

(*British Medical Journal.*)

La respiration arrêtée par une molaire tombée dans la trachée. — Le docteur Van Giesen présente une molaire dont il raconte ainsi l'histoire : Un malade, relevant d'une fièvre typhoïde, fut tout à coup saisi d'une dyspnée, et, en examinant le poumon et le larynx, on n'en pouvait découvrir la cause. Enfin, durant la journée, pendant un accès de toux, il expectora une molaire. On supposa qu'étant très-peu ferme dans son alvéole, elle était tombée par la fente de la glotte pendant le sommeil du malade.

(*Medical et Surgical Reporter.*)

Les voyages en mer comme traitement de la phthisie pulmonaire. — Un fait qui s'est passé sous mes yeux et sur lequel je ne peux dire que ce que ma mémoire me permettra de rappeler, ce fait, dis-je, m'a suggéré les quelques réflexions que je livre, avec le désir d'être utile et l'espoir de contribuer au soulagement de ceux qui sont aux prises avec cette trop fréquente maladie, la phthisie pulmonaire.

Dans une de nos possessions de la mer des Indes, se trouvait une famille composée du père, de la mère et de six enfants. Les deux aînés qui étaient mariés et qui exerçaient des professions libérales sont morts phthisiques. Un troi-

sième est mort de la même maladie pendant qu'il faisait ses études de médecine en France.

La quatrième, atteint comme les trois autres de cette cruelle maladie, avait déjà subi plusieurs traitements sans aucune amélioration. Six cautères fonctionnaient sur sa poitrine; mais le mal triomphait et marchait à grands pas, lorsque le médecin de la famille proposa un voyage en mer (1847).

Les deux aînés étaient morts sous les yeux de leur mère qui, voyant la fin prochaine de son cher enfant, n'hésita pas un instant à suivre cette ombre d'espérance.

Elle voulut partir avec lui, soit pour mieux le soigner, soit que, peu confiante dans ce dernier moyen, elle voulût se ménager de recevoir son dernier souffle. Ce qui confirmerait cette opinion, c'est qu'elle emportait un cercueil pour y ensevelir son fils.

Après un voyage de quelques mois, ce jeune homme est revenu guéri. Il a contracté un mariage duquel sont nés plusieurs enfants (douze).

Quelques années plus tard, sa santé paraissant s'ébranler, il a effectué un autre voyage qui l'a de nouveau remis en parfaite santé. Son état aujourd'hui ne laisse rien à désirer.

Le médecin qui le soignait est mort depuis bien des années, sans laisser la moindre note sur cette cure merveilleuse. Je dis merveilleuse à cause du diagnostic qui fut porté alors et dont ma mémoire a gardé le souvenir: phthisie pulmonaire. Je n'étais pas médecin, et rien ne faisait prévoir que je le serais un jour.

Examinons les traitements qui ont été dirigés contre cette maladie; glanons dans cet arsenal thérapeutique en ne tenant compte, bien entendu, que des engins qui ont fait quelque brèche chez l'ennemi, et nous verrons quelle analogie il y a entre l'ensemble de ces moyens et les voyages sur mer.

Il est incontestable que des poitrines délicates, des constitutions débiles ont obtenu les plus heureux effets des voyages sur mer. On a conseillé l'habitation sur les bords de la mer, pour aider le traitement que l'on faisait subir aux malades atteints de phthisie pulmonaire.

Celse avait ordonné des voyages sur la Méditerranée; l'ipéca et le tartre stibié ont été employés avec avantage par Giovanni de Vittis, Reid, Morton.

Latour prétend avoir obtenu des guérisons radicales par l'emploi du sel marin.

Les solutions et les vapeurs de goudron ont donné quelques heureux résultats; Pétrequin, hôpital de la charité de Berlin.

L'iode, l'iodure de potassium, l'iodure de fer, n'ont-ils pas fait merveille?

Puisque chacun de ces moyens a donné des résultats satisfaisants, que ne doit-on pas attendre d'un traitement qui les réunit à peu près tous :

Les voyages sur mer. Sur mer, en effet, vous avez : 1° Les vomitifs; 2° le goudron; 3° le fer; 4° l'eau de mer :

1°. Le mal de mer qui remplace les vomitifs et qui ne laisse les voyageurs que lorsque les voies digestives sont aptes à recevoir et à digérer toute sorte d'aliments. La nutrition s'effectue alors d'une manière complète; il est rare de voir un passager revenir d'un long voyage sur mer sans y avoir pris de l'embonpoint;

2° Le goudron, qui recouvrant tous les cordages et la coque du navire, répand une odeur nauséeuse qui fatigue longtemps, devient peu à peu supportable et, à la longue, finit par ne plus être perçue;

3° Le fer. Les pièces où l'on conserve l'eau étant en fer, l'eau devient fortement ferrugineuse;

4° Enfin, l'eau de mer pulvérisée. Il est très-rare que le navire marche directement vent arrière. Le vent vient, au contraire, le plus ordinairement par le travers, formant un angle plus ou moins aigu avec le navire. La mer alors, refoulée par le navire et poussée violemment en sens inverse par le vent, vient retomber en poussière sur le pont et pénètre jusque dans l'intérieur du

navire. Cette poussière est aspirée par les passagers en même temps que les émanations de goudron.

Que contient cette poussière? Le chimiste vous répondra: Des chlorures de sodium, de calcium, de magnésium, du sulfate de soude, du sulfydrate d'ammoniaque, de l'iodure et bromure de potassium, du carbonate de chaux et une substance organique qu'on appelle mucosité de mer.

Remarquez que la médication est de tous les instants, et qu'aucune poussière étrangère irritante ne vient l'interrompre.

Aux phthisiques, donc, qui ont de la fortune et qui peuvent disposer de leur temps, je dirai : Prenez la mer; faites des voyages de long cours, non sur des paquebots à vapeur, mais sur des navires à voiles. Arrêtez votre passage pour l'aller et retour sur des navires de la marine marchande en partance pour l'Inde ou pour l'Amérique. Les bateaux à vapeur, qui offriraient les mêmes moyens de guérison que les navires à voiles, portent aussi, malheureusement avec eux, cette affreuse poussière et cette horrible fumée de charbon de terre qui seraient infailliblement une cause d'aggravation de la maladie. Quant aux malades moins favorisés de la fortune, je tâcherai de les mettre dans des conditions analogues, en réunissant dans un traitement sur terre tout ce qui, sur mer, a pu contribuer à la guérison de notre créole.

Aussi, pour les déshérités de la fortune et pour ceux à qui les affaires ne peuvent permettre une longue absence, je propose à votre expérimentation un traitement composé d'ipéca, de sulfate de magnésie, de proto-chlorure et proto-iodure de fer, d'eau oxygénée goudronneuse, légèrement salée avec l'eau de mer naturelle ou artificielle, d'émanations de goudron et d'iode dans la chambre du malade; nourriture substantielle et variée cependant, point de crudités, *huîtres exceptées;* le malade doit éviter les lieux chargés de poussières irritantes, tels que les estaminets, les salles de bal, les promenades publiques en vogue, etc.: mais il faut lui conseiller des promenades à la campagne, avec la précaution de se garantir du froid.

(*Revue méd. de Toulouse*).

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Médication topique de quelques affections utérines.

1° *Solution tannique composée.*

Tannin	de 10 à	20 gr.
Sulf. de zinc . . .	2	
Ac. salycilique. . .	0	20
Aqua st.	200	

Pour l'application de tampons astringents et modificateurs dans la vaginite sub-aiguë, le catarrhe cervico-utérin, etc. Cette solution conserve longtemps sa transparence.

2° *Glycéré cuprique.*

Glycérine.	40
Sulf. de cuivre.	4
Ac. salycilique.	0.40

Pour modifier la cavité cervicale et les ulcères chroniques du col de l'utérus.

3° *Poudre astringente, pour insufflations.*

Gomme arab. pulv.	20
Alun.	10

Pour insuffler sur les ulcères du col. Il se produit, à la suite de cette insufflation, une sorte de toile membraneuse, qui devient un agent de protection pour la surface ulcérée.

4° *Glycéré tannique composé.*

Glycérine	30
Calomel.	1
Tannin	6
Tre thébaïque..	XX gutt.

Mêmes usages que la préparation n° 2. On se trouve bien, quelquefois, lorsque l'on veut modifier plus énergiquement la surface ulcéreuse, de mettre une couche de ce glycéré sur un tampon d'ouate, que l'on applique contre le col, où il est ensuite maintenu au moyen d'un second tampon. Ce pansement doit être enlevé le lendemain, et renouvelé selon les indications qui se présentent.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mars 1877.

Présidence de M. BOULEY.

La fièvre typhoïde. (Suite de la discussion.) M. Guéneau de Mussy répond successivement à M. Bouley et à M. Jaccoud.

Il reprend une à une les objections qui lui ont été faites par M. Bouley et s'efforce de démontrer qu'elles n'infirment en rien les conclusions de son précédent discours.

Les émanations des égouts sont nuisibles ; c'est là une vérité contre laquelle il n'y a rien à dire. Les égouts isolés peuvent être le véhicule de l'infection ; c'est encore là une vérité que viennent corroborer des observations innombrables et bien établies : épidémies de Tours, de Courbevoie, de Paris, de Windsor, de Croydon, etc., etc., expériences de Davaine, de Liouville, etc. Jusqu'ici on n'a pas pu montrer d'une manière tangible quelle était la nature du miasme typhogène, et cependant il existe. L'expérimentation est peu pratiquable en ce qui concerne particulièrement ce miasme.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il y a un véritable danger public dans les conditions mauvaises où peuvent se trouver les égouts. Il est nécessaire d'exécuter immédiatement les prescriptions qui peuvent contrebalancer les effets nuisibles d'un mal indispensable. Ce faisant, on n'aurait pas à répondre à l'objection de jeter la terreur dans les esprits. Il est inutile de dissimuler et de prendre des ménagements, puisque tout en indiquant le mal, on donne en même temps le remède.

M. Guéneau de Mussy termine sa communication en répondant à M. Jaccoud, auquel il reproche de n'avoir pas lu son travail primitif et d'avoir, par conséquent, présenté des allégations erronées et absolument incomplètes. Du reste, la théorie de M. Jaccoud est inadmissible ; car il n'est nullement prouvé que la seule décomposition des matières fécales puisse devenir l'origine de la fièvre typhoïde.

M. Péan présente à l'Académie une pièce anatomique qu'il vient d'enlever. C'est un kyste utérin ou plutôt un utérus kystique dont la structure et la nature lui semblent dignes d'attention.

Séance du 27 mars 1877.

Présidence de M. BOULEY.

Pansements. — M. Désormeaux, candidat, donne lecture d'un travail intitulé : *De la réunion par première intention sous le pansement ouaté.*

« Cette méthode, dit M. Désormeaux, m'a déjà donné, dans presque tous les cas, des réunions par première intention de toutes les parties que j'avais rapprochées. Elle présente à la fois les avantages de la réunion immédiate et l'avantage, le plus important sans doute, de diminuer dans une grande proportion les chances d'infection purulente. Depuis que j'emploie le pansement ouaté, quel que soit l'état sanitaire de l'hôpital, les infections purulentes ont été pour ainsi dire supprimées dans tous les cas où la méthode a pu être employée suivant toutes les règles.

Le premier appareil est levé au bout de douze à quinze jours, la plaie étant débarrassée du drain, des ligatures et des sutures, le second appareil est encore laissé en place une douzaine de jours, et lorsqu'on l'enlève toute la cicatrice est solide...

Ces résultats, ajoute M. Désormeaux, ont été constants ; toutes les fois que les

circonstances m'ont permis de mettre en contact des lambeaux en bon état, la réunion par première intention n'a pas manqué. On ne peut donc douter de l'influence du pansement ouaté sur la réussite. Nous pouvons donc affirmer que ce pansement, non-seulement diminue dans une grande proportion la mortalité à la suite des amputations, mais de plus qu'il assure la réunion immédiate qui manque si souvent à Paris, surtout dans les hôpitaux. (Le travail de M. Désormeaux est renvoyé à la section.)

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret.

Séance du 3 avril 1877.

Présidence de M. Bouley.

Lésions cérébrales, trépanation. — M. Gosselin, au nom d'une commission composée de MM. Bouillaud, Broca, Colin et Gosselin, rapporteur, lit un rapport sur deux communications, l'une de MM. Proust et Terrillon, l'autre de M. Lucas-Championnière, relatives à la trépanation pour des lésions pariétales gauches du crâne ayant entraîné des phénomènes d'hémiplégie droite et d'aphasie.

Dans le fait de M. Proust, il s'agissait d'un cas d'enfoncement de la bosse pariétale gauche, suivi de paralysie du côté droit de la face et du bras droit, avec un peu d'aphasie. La trépanation, pratiquée par M. Terrillon, eut pour résultat immédiat une diminution presque instantanée des accidents, et pour résultat ultérieur la guérison définitive. MM. Proust et Terrillon conclurent de l'analyse des phénomènes après l'accident, du résultat de l'opération et d'expériences faites par eux, à cette occasion, que la partie du cerveau immédiatement lésée avait dû être la circonvolution pariétale ascendante à la hauteur de la seconde circonvolution frontale, et que la circonvolution frontale ascendante, les deuxième et troisième circonvolutions frontales devaient avoir été intéressées secondairement par troubles nutritifs de voisinage.

Si le fait de MM. Proust et Terrillon a de l'importance au point de vue de la physiologie, M. Gosselin fait observer qu'il laisse un point incertain, celui qui a trait à la détermination de la lésion qui, chez le blessé, a occasionné les paralysies. Il y a là, dit-il, un point obscur qui ne dépend pas des auteurs, mais du sujet lui-même, car en pathologie chirurgicale, encore plus qu'en pathologie médicale, nous sommes incapables de décider, d'après les symptômes fonctionnels, si la lésion traumatique, en présence de laquelle nous sommes ou croyons être, est superficielle ou profonde, si c'est une déchirure ou si ce n'est qu'un aplatissement, si la méningite que nous redoutons empruntera sa gravité à la lésion seulement, ou si elle ne l'empruntera pas aux conditions nouvelles qui résultent de l'ouverture du crâne.

Arrivant au travail de M. Lucas-Championnière, qui a pour titre : *Des localisations cérébrales au point de vue de l'application du trépan*, M. le rapporteur analyse avec soin ce travail remarquable. Il se résume en disant que les vues physiologiques nouvelles seront des auxiliaires pour le diagnostic et l'interprétation des symptômes fonctionnels, mais ne seront que très-exceptionnellement des adjuvants pour la thérapeutique. Cela tient, suivant M. Gosselin, à ce que le trépan doit être considéré comme une opération bien plus utile pour prévenir la septicémie et la rétention du pus dans l'intérieur du crâne, que pour remédier aux lésions de l'encéphale par des fragments osseux ou par d'autres corps vulnérants.

Dans l'état actuel de la chirurgie, du moins, nous sommes sûrs de ce que nous faisons et voulons, quand nous avons pour but de satisfaire à la première de ces indications; nous ne le savons pas ou nous le savons mal quand nous avons la prétention de satisfaire à la seconde.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'Académie :

MM. Picot, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — Le docteur Fauvel. — Le docteur Guilbert, adjoint au Xe arrondissement. — Le docteur Robin, membre de la Société protectrice des apprentis et des enfants employés dans les manufactures. — Le docteur Carlos Ferreira de Souza Fernandes, secrétaire da la Faculté de médecine de Rio de Janeiro. — Le docteur Roger, délégué cantonal, à Plouignau (Ille-et-Vilaine).

*
* *

Hôtel-Dieu. — C'est le 1er août prochain que sera inauguré le nouvel Hôtel-Dieu. Les travaux de démolition de l'ancien hôpital commenceront immédiatement. Ce somptueux monument sera, nous l'espérons, le dernier triomphe de l'administration des hôpitaux sur le corps médical.

*
* *

L'académie médico-chirurgicale de Madrid. — Le journal *Porvenir de las Ciencias* nous annonce que l'une des dernières séances de l'Académie n'a pu être tenue parce que le public, ne trouvant plus place dans la salle, s'empara des fauteuils des académiciens, si bien que le président ne put même pas occuper le sien. Le président n'ayant pas pu faire restituer les siéges aux académiciens, la séance n'a pas eu lieu. On juge de l'indignation du journal espagnol. En France, où l'on est, dit-on, tombé si bas, on a encore le respect des Sociétés savantes.

*
* *

— Les doctoresses russes, ne sachant plus à quoi occuper leurs loisirs, s'amusent à se provoquer en duel.

Une rencontre a eu lieu ce matin entre deux de ces viragos. L'arme choisie était le revolver. Rien que ça! L'une des deux adversaires a été légèrement blessée à la jambe.

Une affaire de cœur a été le motif de la rencontre.

*
* *

Société française de tempérance. — La Société a décerné : à M. Louis Maurette une médaille d'argent et une récompense de 250 fr. et à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé un encouragement de 500 fr. La Société a décerné en outre 2 médailles de vermeil, 35 diplômes d'honneur, 26 médailles d'argent, 293 médailles de bronze et 45 livrets de caisse d'épargne de 25 francs.

*
* *

Enfant brûlée vive; responsabilité de l'administration de l'assistance publique, à Paris. — La première Chambre du tribunal de la Seine vient de condamner, sur les conclusions conformes de M. l'avocat de la République, Gaullier des Bordes, M. de Nervaux, directeur général de l'Assistance publique, à mille francs d'amende et aux dépens envers toutes les parties.

Il s'agissait dans l'espèce d'un manque de surveillance inexprimable ; une jeune fillette de trois ans et demi, Florentine Chrétien, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, pour une affection qui nécessitait un traitement par les bains de vapeur, est tombée du haut des gradins de la salle, *où on l'avait laissée seule*, sur le récipient d'où s'échappaient les jets de vapeur qui devaient sinon la guérir du moins l'améliorer.

De pareils accidents sont rares heureusement ; seulement en enregistrant et le jugement du tribunal et les faits qui l'ont amené, nous avons pour but d'attirer l'attention du conseil de surveillance sur un fait, isolé, il est vrai, mais qui pourrait se reproduire. *Caveant consules !*

*
* *

La Gazette médicale de Bordeaux donne d'intéressants détails sur le triste destin d'un ci-devant grand de la terre :

« A la salle des paysans de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, se trouve couché un roi déchu et malheureux que nos lecteurs connaissent certainement de nom. C'est Orrlie-Antoine Ier, roi d'Araucanie, autrement dit M. de Thounens, ancien avoué de Périgueux. Ce monarque n'a pas seulement à se plaindre de la politique, hélas! la maladie l'a atteint comme un simple mortel : *Pauperum tabernas regum que turres!*

Affecté depuis de longues années d'un rétrécissement de l'intestin, Orrlie Ier s'est trouvé arrêté au Brésil par une constipation des plus rebelles. Le rectum était devenu absolument infranchissable. Le ventre se ballonnait, bleuissait. Les selles manquaient depuis une trentaine de jours, le malade allait s'affaiblissant chaque jour, le péril était imminent, quand un chirurgien français, — du nom de Quinch, né en Bourgogne et non pas en Gascogne, comme on pourrait le supposer, — entreprit de sauver le pauvre mourant. Il se mit à la recherche du côlon dans la fosse iliaque gauche, le trouva, le fendit, établit un anus contre nature, et ressuscita le grand chef des Araucans!

Malheureusement, le trône ne lui a pas été rendu du même coup, et l'infortuné M. de Thounens, victime des vicissitudes du sort, est venu chercher à l'hôpital Saint-André la guérison d'une infirmité qui le déconsidère à ses propres yeux. »

Nous faisons des vœux pour le rétablissement de l'ex-empereur d'Araucanie!...

*
* *

Médecin condamné pour cause d'avortement. — Par arrêt de la cour d'assises du Rhône, en date du 2 mars dernier, le docteur F..., médecin à G... a été condamné à trois ans de prison pour crime d'avortement. Les deux complices, la fille et la mère, ont été condamnées, l'une à deux ans, l'autre à un an.

*
* *

Cours public *et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie.* — M. le Dr Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

*
* *

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population*, 1,986,748.) *Du 15 au 22 mars*, 1,094 décès ainsi répartis : variole, 3; rougeole, 13; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 35; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 53; pneumonie, 91; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 3; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 36; croup, 23; affections puerpérales, 6; affections aiguës, 250; affections chroniques, 503 (dont 206 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 40; causes accidentelles, 27.

Du 22 au 29 mars, 1,135 décès ainsi répartis : variole, 7; rougeole, 6; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 28; érysipèle, 10; bronchite aiguë, 60; pneumonie, 94; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 2; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 40; croup, 36; affections puerpérales, 8; affections aiguës, 253; affections chroniques, 537 (dont 194 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 39; causes accidentelles, 23.

Du 29 mars au 5 avril, 1,170 décès ainsi répartis : variole, 1; rougeole, 12;

scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 24; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 59; pneumonie, 91; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 6; choléra infantine, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 42; croup, 25; affections puerpérales, 5; affections aiguës, 294; affections chroniques, 538 (dont 191 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 35; causes accidentelles, 24.

VARIÉTÉS

Le corset, la cuirasse et la peau de chevreau.

Les réflexions qu'on va lire, écrit la *Gazette médicale de l'Algérie*, pour être à peu près textuellement empruntées à un journal extra-scientifique, et émaner d'un homme étranger à notre profession, n'en expriment pas moins la saine appréciation d'un abus, contre les fâcheuses conséquences duquel la médecine ne saurait trop protester.

« On entreprit, il y a vingt-cinq ou trente ans, une campagne qui fut rondement menée contre l'abus du corset, dénoncé comme l'une des causes principales de la décadence physique de la femme. Les plus grands praticiens du temps faisaient découler de la monomanie de la strangulation thoracique les trois quarts des maladies qui déciment l'espèce humaine. « Pour paraître avoir la taille fine, écrivait Rostan, les femmes se détruisent la santé, en se comprimant les côtes. Le corset empêche leurs mouvements et la dilatation du poumon. De là, l'hémoptysie, les toux habituelles, les tubercules, la phthisie, les anévrismes du cœur. »

« D'après l'observation de Ferrus, le corset tend à refouler contre le diaphragme les organes contenus dans la poitrine, de telle sorte que le foie déborde souvent de plusieurs pouces les dernières côtes; on a vu des estomacs presque partagés en deux loges par une compression excessive et prolongée. Les médecins qui font des recherches sur les cadavres des femmes à la Salpêtrière, remarquent les déformations les plus étranges de la base du thorax. Enfin, beaucoup de praticiens affirment que la *taille de guêpe* a produit, comme conséquence fatale, toute une génération d'enfants malingres, chétifs, nos *petits crevés* d'aujourd'hui.

« Ces critiques contre le corset ne le tuèrent pas, mais firent la fortune de certaines corsetières, qui prouvèrent, à grand renfort d'annonces et de réclames, qu'elles avaient inventé un corset hygiénique. En réalité, le corset hygiénique ou prétendu tel, serre autant que l'autre, par la bonne raison que s'il ne serrait pas, les femmes se garderaient bien de l'acheter. Dans ces derniers mois, il y a eu une évolution dans la mode. Par ce temps d'extra-collant, le corset a été supprimé, non parce qu'il comprimait, mais parce qu'il tenait de la place. On a proposé d'abord la *cuirasse*, qui serre tout autant, mais pas encore assez, paraît-il, pour réduire la taille au point voulu par la coquetterie.

« Les raffinées de l'élégance ont fini par découvrir que la chemise était encombrante, qu'elle habillait mal, qu'elle faisait de faux plis : dans le costume maintenant à la mode, les faux plis sont absolument odieux. Là-dessus, on a supprimé le vêtement inexpressible. Mais rassurez-vous, on l'a remplacé. Ces dames du meilleur monde et ces demoiselles de l'autre n'entendent pas porter leurs robes directement sur l'épiderme. A la chemise, elles ont substitué la *Peau de chevreau*.

« La peau de chevreau est une espèce d'étui qui prend les femmes du milieu de la poitrine à la naissance des genoux, c'est-à-dire dans toute la partie du corps qu'il est de mise aujourd'hui de déguiser

en travesti. La peau de chevreau doit être faite sur mesure, rigoureusement étroite, savamment ajustée, lissée par la main de la couturière... ou du couturier, et dessiner complétement les formes qu'elle a pour mission de couvrir. C'est à la fois un gant, un maillot et un pantalon. Cela gêne la liberté de la marche, accentue le... réalisme de chaque mouvement, mais cela modèle, moule et rectifie les côtés plus ou moins sculpturaux de chaque femme. La peau de chevreau fait tout valoir, maintient tout, embellit tout. C'est le fard sérieux et solide, la pièce cap tale de la toilette. Vous n'avez plus qu'à jeter là-dessus quelques mètres de gaze très-transparente, quelques aunes de dentelles, un peu de ces abominables galons ou de ces garnitures de plumes qui sont en vogue, et vous aurez une élégante en toilette de bal.

« En y réfléchissant bien, on reconnaît que cette mode de collant n'est ni aussi neuve, ni aussi originale qu'on pourrait le croire. Qu'il y ait un peu, beaucoup, immensément d'inconvenance dans le costume moderne, ce n'est pas moi qui essayerai d'y contredire; mais il y a aussi beaucoup d'imitation orientale. La jupe étroite, serrée sur les genoux, tenant le milieu entre la robe et le pantalon, est le signe caractéristique des robes, le trait principal des modes chinoises et japonaises; mais, autant cette toilette triquée convient à des femmes de l'Orient, toujours enfermées dans le harem ou dans le gynécée, autant elle répugne aux libres allures, aux sorties fréquentes, au mouvement perpétuel des femmes d'Occident. J'avoue qu'ici la japonaiserie me paraît peu à sa place, à moins que ces dames ne consentent à marcher avec des petits bancs sous leurs pieds et à mettre dix minutes pour traverser leur salon, comme le font leurs sœurs de Yokohama ou de Canton.

« Pour en revenir au corset... à la *Peau de chevreau* qui l'a détrôné, voilà, direz-vous peut-être, une mode peu décente assurément, mais qui, du moins, va permettre aux femmes de respirer.

« Pas du tout, car tout cela n'a d'autre but que de faire paraître la femme la plus mince encore, et c'est le corsage qui fait aujourd'hui l'office du corset supprimé. L'étouffement est plus que jamais à l'ordre du jour.

« En dehors des maladies causées par cette manie de la compression de la taille, il faut reconnaître aussi qu'elle est une preuve de la dépravation du goût en matière de plastique. Le sentiment de la forme s'est oblitéré, depuis qu'on ne voit plus le beau qu'à travers les conceptions bizarres du couturier. Si la Vénus de Milo, descendant de son piédestal, se permettait de vivre et de respirer, beaucoup de gens trouveraient qu'elle manque de grâce, de distinction; on dirait qu'elle a la *taille épaisse* et on lui proposerait de la conduire, cette grande dame de la Grèce, chez la bonne faiseuse. Une femme respirant librement et dont les contours ressembleraient si peu aux *tailles ficelées*, serait une monstruosité. Et pourtant la taille moderne n'est pas seulement un outrage à la nature; elle est, en outre, un danger et une des causes de la dégradation de la race. Les Parisiennes ne comprennent pas qu'une Chinoise se brise les pieds pour être à la mode de Pékin, et elles se brisent l'estomac pour être à la mode de Paris. »

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain.

De la périostite alvéolo-dentaire par le docteur Valérien Piétkiewicz.

Aux bureaux de l'Union médicale, rue Grange-Batelière, n° 11.

Almanach général de médecine et de pharmacie, pour la France et les colonies. Prix. . . . . 3 fr.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY).

Paris. — Typ. Tolmer et Isidor Joseph, rue du Four-St-Germ., 43.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 9 — 1er MAI 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Leçon clinique de M. TRÉLAT.

Des polypes naso-pharyngiens.

Le malade qui fait l'objet de la belle leçon clinique de M. Trélat, est atteint, depuis quatre à cinq ans, d'une cruelle affection qui a motivé déjà de nombreuses interventions chirurgicales. Nous voulons parler d'un polype naso-pharyngien.

En 1873, le développement de plus en plus marqué de la tumeur ayant donné lieu à des troubles sérieux du côté de la respiration et de la déglutition, M. Anger, dans le service duquel était placé ce jeune homme, se décida à une action très-énergique. Il fit choix de la méthode dite par éradication, plusieurs fois employée avec succès par Nélaton.

Dans ce procédé, on pratique une ouverture de 0,02 à 0,025 de diamètre, au travers de la voûte palatine, afin de frayer un passage à l'action des agents de destruction de la tumeur.

La voie ainsi préparée chez le malade, le polype fut saisi par le serre-nœud de Maisonneuve; puis, avec une rugine, le chirurgien s'efforça d'enlever les dernières racines du mal. Huit séances ont été nécessaires pour atteindre cet objet.

Au mois de mai 1874, la guérison paraissait obtenue. Il n'y avait plus aucun suintement par les fosses nasales. La joue s'était affaissée; on ne voyait plus aucune tumeur au travers de la narine. Le malade pouvait se considérer comme guéri. Mais cet espoir ne devait pas être conservé longtemps.

Au mois de décembre de cette même année 1874, le jeune homme commença à éprouver de nouveau de la gêne dans la respiration. Le suintement mucoso-purulent nasal recommença. Les épistaxis se reproduisirent.

C'est que l'opération avait bien permis d'enlever la masse principale de la tumeur, mais non ses racines, qui avaient pour siége l'antre d'Hyghmore et les sinus frontaux.

Le malade, peu décidé à subir une nouvelle opération, vécut un an avec son ennemi. Inquiet, enfin, de l'aggravation des accidents, ce jeune homme se décida, en 1875, à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Alp. Guérin. Ce chirurgien, utilisant la perforation palatine, pratiqua la cautérisation avec le galvano-cautère, et essaya d'opérer l'arrachement du polype avec la spatule et les doigts. Ces manœuvres donnèrent lieu à une hémorrhagie grave, dont le malade fut assez longtemps à se remettre. Des cautérisations au fer rouge furent ensuite effectuées, mais sans aucun résultat définitif.

Une année se passa encore. De nouvelles hémorrhagies ne tardèrent pas à se produire; la face se déforma encore une fois, et les mêmes accidents, du côté de la respiration et de la déglutition, se manifestèrent plus intenses que jamais. C'est dans un tel état que ce jeune

homme est entré dans le service de M. Trélat, le 24 février dernier.

En ouvrant la narine, on aperçoit une tumeur rosée, distante de 0,025 du rebord libre de l'orifice nasal. Au travers de l'ouverture pratiquée à la voûte palatine, il apparaît un corps mou, effleurant ses rebords, mais n'ayant contracté avec eux aucune adhérence. En engageant le doigt dans l'arrière-gorge, en arrière de la tumeur, on en parcourt les mamelons, et l'on s'assure que cette même tumeur est implantée sur l'apophyse basilaire.

Après avoir attentivement exploré son malade, M. Trélat avait conçu l'espoir de faire des merveilles opératoires. Mais il ne tarda pas à être détrompé.

Comptant utiliser le fil galvanique, il s'était efforcé de passer l'anse métallique entre le polype et la voûte palatine. A peine eut-il effleuré ce produit parasitaire avec ce corps mousse, qu'il se déclara une hémorrhagie notable. Le sang se mit à couler goutte par goutte, mais d'une façon incessante, au travers de l'orifice palatin. Ce n'est pas tout : le malade, plongé dans l'anémie, ne tarda pas à tomber en syncope.

C'est de ces circonstances que résultent les plus graves difficultés opératoires. Cette tumeur saigne au moindre contact. Ce jeune homme, très-anémié, éprouvé par de longues souffrances et de nombreuses opérations, est devenu très-impressionnable et très-sujet à la syncope.

A ce propos, M. Trélat fait observer que les polypes naso-pharyngiens sont le triste et presque exclusif attribut de l'homme. On les observe très-rarement chez la femme. De plus, ils ne s'observent que dans la jeunesse.

Le savant professeur fait, intercurremment, observer qu'une erreur de diagnostic est facile à commettre sur la nature essentielle de ces produits morbides. Plus souvent qu'on ne le pense, on prend pour des polypes naso-pharyngiens de simples polypes muqueux. Ceux-ci, ajoute-t-il, font le bonheur des chirurgiens et la béatitude des malades. Ils ont une couleur rouge ; ils font saillie dans l'arrière-gorge ; leur implantation étant étroite, leur extirpation donne lieu à un faible écoulement sanguin. Une fois enlevés, ils ne repullulent pas. Nombre de fois, de telles opérations, heureusement effectuées ont acquis, à bon compte, une grande réputation au chirurgien.

Malheureusement, chez notre malade, il ne s'agit pas d'une de ces tumeurs bénignes. Le diagnostic n'est que trop bien établi par la marche des accidents, ainsi que par les récidives qui ont suivi les opérations successives pratiquées jusqu'à ce jour.

L'expérience du passé une fois acquise, comme on ne peut laisser le malade dans un état qui met sa vie en péril, il importe de s'arrêter à un parti. Quelle est donc la marche qu'il convient ici d'adopter ?

Il s'agit d'une affection tenace, récidivante ; le malade est anémié, épuisé par des hémorrhagies réitérées. La respiration est gênée, la nutrition difficile. Il faut donc agir sans différer. Or, deux ordres de moyens peuvent être ici employés ; les grands et les petits.

Les *grands moyens* consistent à recourir à des mutilations étendues, ayant pour objet de procéder sans retard à une extirpation aussi complète que possible. Dans ce but, on s'est fait jour en renversant le nez, à la manière d'une porte, par en haut, par en bas, par côté. On a pratiqué l'ablation de la cloison nasale, du maxillaire supérieur. Au travers de cette large ouverture, on est à l'aise pour attaquer la tumeur jusque dans ses racines, par le fer, le feu, les caustiques.

En agissant de la sorte, on arrive, certes, à détruire tout ce qui est accessible, mais on laisse ce qui ne l'est pas, perdu dans les sinus. Ainsi s'expliquent des récidives fréquentes, qui se sont produites entre les mains des chirurgiens les plus habiles.

Heureusement que la nature vient encore quelquefois en aide au malade et au chirurgien. A la suite de ces récidives, il se produit quelquefois des guérisons spontanées. MM. Gosselin, Guérin, Le-

gouest en ont observé des exemples. M. Trélat rappelle un cas de ce genre qui s'est passé dans son service.

En 1872, ce chirurgien pratiqua, sur un jeune homme, la résection temporaire du maxillaire supérieur, pour l'ablation d'un polype naso-pharyngien. Tout a été assez bien pendant un an et demi. Au bout de ce temps, la récidive eut lieu. M. Trélat eut alors l'idée d'attaquer la tumeur par des cautérisations répétées avec le galvano-cautère, appliqué au travers du spéculum nasi. Ces opérations furent réitérées tous les quinze jours. Pendant trois mois, ce jeune homme est venu régulièrement deux fois par mois à l'hôpital pour se faire cautériser. Ces tentatives ont parfaitement réussi. Depuis trois ans la guérison se maintient.

C'est en cela que consiste la méthode qu'on pourrait appeler des *petits moyens*. Elle consiste à éviter les grandes mutilations, et à attaquer, à détruire la tumeur, par dessus, par dessous, de côté, par tous les points, en un mot, où elle est accessible.

Pour ce qui est de notre malade, le mode opératoire à employer actuellement dépendrait beaucoup du tempérament et des convictions du chirurgien. Ceci nous amène à dire encore quelques mots des méthodes appliquées à l'ablation des polypes naso-pharyngiens. Une immense quantité de procédés ont été jusqu'ici proposés. Leur énumération serait trop longue, pour une leçon clinique. On peut les diviser en deux grandes classes : La méthode est dite à *petit accès* ou à *large accès*, selon que la voie de pénétration est étroite ou étendue. La méthode à large accès se subdivise elle-même en deux catégories, selon que cet *accès* est *temporaire* ou *permanent*.

La méthode à *petit accès*, préconisée par Nélaton, consiste à se frayer un passage borné à l'apophyse montante du maxillaire supérieur, aux os propres du nez, à la cloison nasale, à la voûte palatine, voire même à l'os unguis. Il y a des cas où cette étroite voie est suffisante.

La méthode à *grand accès* ou à *large voie* a pour objet d'opérer la résection d'une portion osseuse plus ou moins considérable, en vue de ménager au chirurgien tout l'espace nécessaire pour l'exécution des manœuvres estimées nécessaires. Ainsi, l'ablation totale du maxillaire supérieur. M. Verneuil est grand partisan de cette méthode, dans laquelle les voûtes orbitaire et palatine sont respectées.

La chirurgie tout à fait moderne a créé un mode opératoire très-ingénieux, qu'on peut considérer comme un fils naturel des travaux sur l'ostéogénie. C'est la méthode des *résections* osseuses *temporaires*. Elle consiste à couper une pièce osseuse, à la déplacer, à détruire ce qui doit être détruit, à la fixer temporairement, et à attendre. L'expérience a démontré que la soudure de cette pièce pouvait plus tard s'effectuer.

Cette belle idée, que les Allemands ont revendiquée, est, en réalité, due à Huguier. Ce chirurgien a abaissé, récliné le maxillaire supérieur, qu'il a ensuite remis en place. Un malade ainsi opéré a conservé son maxillaire, mais à l'état branlant. La méthode ne valait pas grand chose, ainsi exécutée. Depuis, elle a été perfectionnée.

On en a agi de la sorte avec le nez, avec la paroi antérieure du sinus maxillaire. Par cette voie ouverte, on détruit la tumeur, et avec de faibles dégâts, on peut espérer, avec de la patience, d'arriver à une guérison définitive.

Tenant compte des conditions du malade, qui le rendent peu propre à subir les *alea* d'une grande opération, M. Trelat se propose d'en agir avec lui ainsi qu'avec le malade dont il a plus haut relaté brièvement l'histoire. Il lui pratiquera des cautérisations répétées qui pourront lui permettre d'arriver, avec le temps, à une destruction complète de la tumeur. Si ces excitations ont pour effet d'exagérer le travail morbide, si les tissus néoplasiques poussent plus vite qu'ils ne sont détruits, ce chirurgien se propose d'opérer la résection temporaire partielle du maxillaire supérieur.

Par une telle méthode, avant que la brèche ainsi ouverte ne se trouve fermée par le travail de la réparation cicatricielle, on a devant soi trois mois pour tenter la destruction totale du produit dégénéré. On peut par là éviter la déformation de la face, qu'entraîne nécessairement l'ablation de l'os maxillaire dans sa totalité. Ce procédé, par voie étroite, offre donc plus d'avantages que celui qui comporte une large mutilation. M. Trélat est donc porté à lui donner la préférence.

Dr CH. FERRANT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

—

Brancards d'Amussat, pour le transport des blessés hors du champ de bataille.

M. le Dr Amussat ayant bien voulu nous communiquer les dessins des brancards que son père avait proposés en 1830 pour le transport des blessés sur le champ de bataille, nous avons pensé qu'il serait intéressant à ce sujet de rappeler à nos lecteurs les idées d'Amussat sur les hémorrhagies traumatiques et les secours à donner aux blessés.

Hémorrhagies traumatiques.

M. Amussat divise les plaies par instruments piquants, tranchants, contondants, etc. Il les a rangées sous le rapport des hémorrhagies qui les compliquent ; en plaies faites : 1° par arme blanche ; 2° par balles, éclats d'obus, de bois ; 3° par les boulets, dans lesquelles un membre entier est arraché du tronc.

Rien de plus fréquent que les hémorrhagies à la suite des plaies dont il est question ; c'est aussi l'accident le plus grave que l'on ait à redouter. Toutefois, il n'est pas rare de voir le sang qui sortait à gros bouillons d'une plaie, s'arrêter de lui-même, et souvent des blessés doivent la vie à cette heureuse suspension de l'hémorrhagie.

1° *Plaies par arme blanche.* — J.-L. Petit, Jones et Béclard avaient déjà constaté que lorsqu'une artère est incomplétement divisée, et dans les deux tiers de son diamètre, les bords de la plaie se rétractent, et que l'hémorrhagie, dans ces cas, est presque constamment mortelle ; que si elle venait à s'arrêter, c'était par la formation d'un caillot qui s'épanchait entre *la tunique externe de l'artère et la gaîne celluleuse* qui l'unit aux parties voisines, et s'opposait à l'écoulement du sang au dehors. Mais là s'étaient bornées leurs recherches ; Béclard, en particulier, a fait un très-beau travail sur les plaies des artères ; mais aucun de ces expérimentateurs n'a observé ce qui se passe après une amputation, lorsque les artères sont isolées et séparées de tout tissu voisin. C'est de ce côté que M. Amussat a dirigé ses recherches, et voici ce qu'il a constaté.

Si une artère est complétement divisée dans la continuité d'un membre, et surtout à la suite d'une amputation, le sang jaillit d'abord avec énergie, peu à peu, il diminue de force et de volume, cesse bientôt à mesure que l'animal s'affaiblit et s'épuise, et que les contractions du cœur deviennent plus lentes.

Observe-t-on alors ce qui se passe ? On voit qu'au moment de la section, les membranes interne et moyenne de l'artère, beaucoup plus élastiques que la celluleuse, se rétractent de plusieurs lignes. La tunique celluleuse n'étant plus soutenue par les cerceaux de la membrane moyenne, revient sur elle-même, diminue de diamètre, le sang s'épanche dans ses mailles, ne sort plus que par un étroit orifice, et bientôt l'obstacle devient assez gros et assez fort pour l'empêcher de s'écouler au dehors. La membrane celluleuse de l'artère est donc alors distendue par un véritable caillot *interne*, qui se présente sous une forme globuleuse, ou recourbé comme une crosse, appuyé sur les parties voisines, de couleur vermeille facile à reconnaître à ces caractères et aux battements qu'il présente. Ce phénomène a

lieu quel que soit le calibre du vaisseau.

Mais dès que la circulation redevient plus forte, l'action du cœur triomphe de l'obstacle que lui oppose ce caillot, l'hémorrhagie reparaît plus terrible, et devient promptement fatale, si l'on n'emploie des moyens efficaces pour l'arrêter.

Voici un fait qui explique un fait, un obstacle mécanique qui vient remplacer les théories. Beaucoup d'explications ont été données de la suspension des hémorrhagies et de celles dites consécutives.

Des auteurs du plus grand mérite ont attribué cette suspension à la contraction spasmodique des artères, déterminée par le contact de l'air, l'action des styptiques, des réfrigérants, etc. Ces agents favorisent, sans aucun doute, la formation du caillot en faisant coaguler le sang. Mais M. Amussat soutient que le spasme artériel n'est point la cause qui suspend l'hémorrhagie; que les artères n'étant point musculeuses, mais *éminemment élastiques*, reviennent bien sur elles-mêmes, lorsqu'elles sont vides de sang; mais que jamais elles ne se referment complétement; que l'obstacle que la nature oppose à l'hémorrhagie est un caillot formé dans *l'intérieur* des membranes de l'artère. D'autres auteurs ont admis le caillot pour les grosses artères, le spasme pour les petites; ils ont été en cela peu d'accord avec eux-mêmes, et d'ailleurs n'en ont tiré aucune conséquence pratique. Quelques autres, enfin, ont admis que les agents dont nous avons parlé, suffisaient pour déterminer l'inflammation, l'adhésion des parois de l'artère, et leur agglutination. L'action de l'air et des styptiques favorise la formation du caillot *interne*. Aussi cet obstacle à l'hémorrhagie n'a-t-il pas lieu le plus souvent, lorsqu'une masse de sang coagulé remplit la plaie et empêche le contact de l'air. Vient-on alors pour arrêter l'hémorrhagie? On éponge la plaie, on la nettoie; le sang ne coule plus; on cherche le vaisseau, on ne le trouve pas; la plaie est pansée simplement, et peu de temps après vient l'hémorrhagie consécutive, si le vaisseau est un peu considérable. C'est dans le but d'éviter cet accident que, dans quelques hôpitaux de Paris, on ne panse les malades qui ont subi une opération que quelques heures après; pratique sage, sans doute, mais que M. Amussat espère rendre inutile, en prouvant que l'on peut le plus ordinairement reconnaître les vaisseaux qui ne donnent plus, au caillot qui les termine.

2° *Plaies de balles.* — Ces projectiles agissent en arrachant, en déchirant les parties qu'ils frappent, allongent la membrane celluleuse des artères, et favorisent l'épanchement du caillot interne; mais aussi les artères sont intéressées le plus souvent de la manière la plus défavorable à la cessation de l'hémorrhagie, c'est-à-dire dans une partie de leur diamètre. Elles semblent céder aux projectiles, rarement elles sont coupées en travers. M. Amussat s'est assuré de ces faits par des expériences sur des animaux vivants; il est parvenu à blesser des artères, et tantôt il a vu le sang jaillir au dehors avec force, tantôt ce liquide s'épanchait entre les muscles et sous la peau, mais toujours, lorsque l'animal était très-affaibli par la perte du sang, il se formait un caillot dans l'intérieur des membranes de l'artère.

3° *Plaies par boulet de canon.* — Lorsqu'un membre est emporté par un boulet de canon, ou arraché du tronc par un autre agent, la plaie est accompagnée de désordres épouvantables, les os sont broyés, les muscles arrachés, déchirés ou en bouillie, les nerfs rompus très-haut, et leur névrilème allongé, les artères présentent un grand allongement de leur membrane celluleuse, ce qui explique pourquoi souvent l'hémorrhagie n'a pas lieu après ces plaies. M. Amussat s'est peu étendu sur ces plaies ayant observé peu de faits de ce genre.

Ainsi donc, que les artères soient divisées par un instrument tranchant, ou rompues par une balle, par un boulet, ou arrachées du tronc, c'est toujours la membrane celluleuse qui détermine la formation d'un caillot, quand l'hémor-

rhagie n'a pas été assez grave pour entraîner en peu d'instants la mort du blessé. Plus la celluleuse est allongée, plus sûr est l'obstacle qu'oppose ce caillot spontané, qui ne s'étend alors que jusqu'aux membranes internes rétractées, et qui ne s'accroît jusqu'à la première collatérale qu'après quelque temps.

Les hémorrhagies veineuses méritent peu de fixer l'attention, en ce qu'elles sont le plus ordinairement très-faciles à arrêter; une légère compression faite sur la plaie suffit presque toujours pour faire cesser l'écoulement du sang.

Dans les plaies des veines, l'hémorrhagie ne s'arrête pas de la même manière que dans celles des artères. Ici la celluleuse ne peut s'allonger pour servir de base et de soutien à un caillot spontané.

C'est le sang épanché dans la plaie qui bouche et comprime l'orifice béant de la veine, et s'oppose à l'écoulement du sang. Cependant si l'on fait une plaie à une veine, et qu'on la réunisse par une sorte de suture, il se forme dans l'intérieur du vaisseau un petit caillot oblong, adhérent au point où la veine a été blessée (1).

(*A suivre.*)

La première nourriture des enfants, par le professeur A. Kehrer, de Giessen.

La question de la meilleure nourriture pour les enfants, jusqu'à ce que leurs dents percent, bien que très-ancienne, demeure éternellement nouvelle. En se mettant au point de vue téléologique, on doit dire sans hésitation, que ce que la matrice est pour le fœtus, les seins doivent l'être pour l'enfant, jusqu'à ce que les dents lui permettent de réduire en petits fragments une nourriture plus solide. Donc, *a priori*, la théorie considère chaque accouchée comme tenue à l'allaitement, de même que la loi allemande envisage chaque homme âgé de vingt ans, comme tenu à la conscription. Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a des individus valables, relativement valables, temporairement ou absolument incapables, avec cette différence que, chez les accouchées, le médecin peut déconseiller ou recommander, mais qu'il est sans arme contre la grande catégorie des déserteurs.

Partant de ce point de vue, après avoir étudié les divers cas qui peuvent se présenter *parmi les mères*, l'auteur résume pour elles les indications comme suit :

Les cas suivants sont *aptes* ou *valables* : 1° Sécrétion abondante de lait et bonne santé; 2° érosions des mamelons; 3° légères fièvres puerpérales; 4° légères maladies en général; 5° rachitisme; 6° maladies vénériennes, à l'exception de celles qui sont contractées pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse.

L'inaptitude temporaire est déterminée par : 1° Des mamelons courts ou creux, jusqu'à leur élévation; 2° des ulcérations profondes ou étendues des mamelons; 3° la mastite, en continuant à utiliser le sein non atteint d'inflammation; 4° le catarrhe intestinal; 5° la dyssentérie; 6° le choléra.

L'aptitude relative, c'est-à-dire celle pour laquelle le médecin devra en bien peser tous les éléments avant de se prononcer, est constituée : 1° Par l'oligogalactie et l'hydrogalactie; 2° une constitution délicate, la décrépitude, une extrême faiblesse; 3° l'anémie aiguë; 4° l'anémie chronique simple; 5° la scrofulose; 6° les maladies fébriles aiguës, non contagieuses, d'un degré moyen.

L'inaptitude absolue existe dans les cas suivants : 1° L'agalactie; 2° la galactorrhée; 3° les mamelons déprimés, qui ne peuvent être relevés; 4° l'anémie chronique consécutive à des maladies organiques profondes; 5° la phthisie, ou des prodrômes suspects de cette maladie; 6° la syphilis acquise pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse; 7° l'ostéomalacie; 8° les fièvres puerpérales graves; 9° les exanthèmes aigus:

(1) La *Lancette française*. — Tome 3. — 1830. — p. 174.

variole, rougeole, fièvre scarlatine, diphthérie ; 10° les maladies non contagieuses avec une forte fièvre et une longue convalescence, par exemple, la fièvre typhoïde, la pneumonie grave, le rhumatisme articulaire ; 11° l'hystérie fortement développée ; 12° l'épilepsie et les maladies psychiques.

Mais comment nourrir les enfants des femmes qui n'allaitent pas? Pour peu que les conditions de la famille le permettent, on doit préférer le lait d'une nourrice mercenaire à toutes les autres manières de nourrir les enfants.

Nous passerons sous silence les détails intéressants dans lesquels M. Kehrer entre sur les qualités requises du lait et de la santé des nourrices, nous nous bornerons à rappeler qu'il exige qu'on procède toujours à un examen approfondi qui permette d'exclure complétement la syphilis, le plus grand ennemi qu'on ait à redouter.

Une troisième catégorie d'enfants est nourrie sans lait de femmes, et fournit un très-grand contingent à la mortalité pendant la première année de la vie. C'est au lait de vache et en deuxième ligne à celui de chèvre qu'on s'adresse le plus souvent. Ceux d'ânesse et de jument, bien plus analogues à celui de la femme, et dès lors bien plus faciles à digérer pour les enfants, ne sont presque jamais utilisés dans ce but. En comparant les analyses du lait de femme et de celui de vache, on trouve dans le second plus de caséine et d'albumine, plus de beurre, plus de sels et un peu moins de sucre, de lait et d'eau. On pourrait croire que, pour rétablir l'équilibre au point de vue des substances protéiques et du beurre, il suffirait d'ajouter au lait de vache 60 p. 100 d'eau, puis, pour le ramener à la proportion voulue, d'ajouter 2 à 4 p. 100 de sucre de lait. Mais la différence essentielle est tout autre. Elle consiste en ce qu'une addition de vinaigre à du lait de femme n'y amène aucun changement appréciable à l'œil, tandis que celui de vache présente alors immédiatement les forts coagulums d'un fromage compact. Or, on peut prouver, par une expérience, qu'en isolant le beurre et la caséine de chacun de ces laits pour les ajouter aux liquides filtrés opposés, le vinaigre continue à produire les réactions de la caséine employée, quelle que soit la proportion dans laquelle elle a été ajoutée à l'autre lait filtré.

Il s'agit donc bien là de caséines chimiquement différentes, et il est à remarquer que la coagulation des laits d'ânesse et de jument a lieu comme pour le lait de femme. Disons encore que, ajoutant de l'acide chlorhydrique, sulfurique ou nitrique à du lait de femme, celui-ci ne se coagule pas à froid, tandis que celui de vache le fait. En revanche l'acide tannique produit sur tous deux un coagulum finement floconneux. Mais ce qui est le plus important, au point de vue qui nous occupe, c'est qu'en exposant du lait à l'action du suc gastrique à une température de 38°, celui de femme produit un coagulum qui se redissout dans une plus grande quantité de ce liquide digestif, dernier phénomène qui n'a pas lieu pour le lait de vache.

On comprend, dès lors, tous les inconvénients du lait de vache pour les enfants. Cependant on est souvent obligé d'en passer par là. Qu'on ait, alors, soin d'avoir le lait d'une seule vache ; que cette vache soit nourrie de foin et de fourrage sec ; qu'on donne toujours à l'enfant du lait aussi frais que possible, quand on ne peut se le procurer deux ou trois fois par jour dans cet état, on le fera cuire aussitôt, en y ajoutant un peu de carbonate de soude pour empêcher qu'il ne fermente. D'une manière générale, on doit préférer le lait cuit au lait froid, celui-ci causant plus facilement de la diarrhée. Il est bon de le couper avec de l'eau chaude, une partie de lait pour trois parties d'eau d'abord, puis, plus tard, une sur deux : n'en venir au lait de vache pur qu'à l'âge de cinq ou six mois, qu'on ajoute à ce mélange trente grammes de sucre de lait par litre, sans oublier la température à lui donner, ne pas oublier les soins que réclame le biberon, que la mère fasse attention à

ne pas donner à manger à l'enfant avant qu'il ait faim, qu'elle l'habitue à de l'exactitude dans ses heures de repas.

Autre conseil : il est utile de donner chaque jour à l'enfant pendant cinq minutes, un bain de 28° R, avoir bien soin de le maintenir à une température douce.

Moyennant toutes ces précautions, sous un tel régime, les enfants peuvent prospérer, il en est même qui sont bien plus forts que ceux qui ont eu du lait de femme, parce que leur tube digestif a dû travailler plus énergiquement pour s'assimiler cette nourriture.

Comme il est difficile aujourd'hui de se procurer du bon lait, du lait toujours le même, dans les villes où cet aliment est soumis à tant de fraudes, le lait condensé a acquis une assez grande notoriété pour la nourriture des petits enfants. c'est du lait de vache. avec adjonction de suore de canne, pour sa conservation. Ce produit est chauffé à la vapeur dans un local à air raréfié, puis soumis à une basse température.

Pour en faire usage, on l'allonge de quatre à cinq parties d'eau. Néanmoins, il contient encore alors le double de sucre que le lait de femme, ce qui est un inconvénient. En effet, le sucre se transforme, dans le canal intestinal, en acide lactique, dont l'action irritante sur celui-ci est bien connue. Et pourtant, l'absence de falsification et la composition généralement identique du lait condensé le rendent précieux pour les villes, bien que cet aliment ait tous les inconvénients de l'alimentation par un bon lait de vache. Pour combattre l'excès d'acide lactique, on est souvent obligé d'y ajouter de la crème d'avoine ou d'orge, et même des absorbants.

Outre l'addition d'eau au lait de vache, on a aussi recommandé celle de thé de fenouil, de thé de bouillon blanc, de crème d'avoine, d'une décoction d'arrow-root, non-seulement pour diminuer la quantité de caséine, mais encore pour empêcher la production de colique et de catarrhes gastro-intestinaux. Quant à l'adjonction de bicarbonate de soude ou de chlorure de sodium, il est prouvé que de ces substances, ni l'une ni l'autre ne fait digérer plus rapidement la caséine du lait de vache. Toute leur utilité tient à une action plus inoffensive sur la muqueuse des voies digestives.

En terminant, l'auteur s'occupe encore de trois succédanés du lait maternel, à savoir : la soupe de Liebig, la nourriture de Loeflund et la farine de Nestlé. L'extrême exactitude que réclame la préparation de la première, ne permet pas de la recommander pour la pratique ordinaire. Elle convient d'ailleurs mieux aux enfants de deux à trois mois qu'aux nouveau-nés. La préparation de Loeflund n'en diffère qu'en ce qu'on a su donner à cette préparation la forme commode d'extrait.

On la recommande surtout pour les enfants rachitiques et faibles.

Nestlé a réalisé la même pensée que Liebig, c'est-à-dire qu'il a su transformer l'amyléine de l'orge en dextrine et en sucre, en enlevant toute difficulté pratique au consommateur. Après le lait de femme, c'est le meilleur aliment pour les enfants.

Enfin, pour être complet, le professeur de Giessen rappelle que le bouillon seul, ou alternant avec du lait, a souvent rendu les meilleurs services à des enfants affaiblis par des régimes peu convenables.

Dr Cornaz,
de Neufchâtel (Suisse).

Traitement de la blennorrhagie et de la blennorrhée par les bougies médicamenteuses.

M. Reynal a introduit dans la thérapeutique des maladies de l'urèthre un produit nouveau qui mérite d'y prendre une place définitive et très-importante.

Il l'a appelé Porte-remède (Bougies-Reynal). Comme ce produit, chaque jour utilisé avec avantage par les spécialistes, n'est pas suffisamment connu de tous les praticiens, je crois que la présente communication sera favorablement accueillie des lecteurs de la *Revue*.

Le Porte-remède de M. Reynal n'est autre chose qu'une courte bougie, d'une longueur de seize centimètres, du n° 13 à 15 de la filière Charrière. Cette bougie, est composée de gélatine et de glycérine, dans lesquelles se trouve incorporé un médicament qui varie suivant la prescription du médecin.

La bougie est suffisamment résistante pour pouvoir être poussée dans l'urèthre, et assez molle pour n'y provoquer aucune sensation douloureuse. On doit avoir la précaution, non pas de la graisser, mais de la mouiller avant son introduction.

Il faut également, au préalable, avoir fait uriner le malade avant de l'introduire. Ces bougies doivent être engagées dans leur totalité dans le canal de l'urèthre.

Elles fondent en une heure ou une heure et demie, et laissent ainsi le plus longtemps possible le médicament en contact avec les parois du conduit malade.

La bougie, ainsi modifiée par M. Reynal, devient un médicament et non plus un instrument de chirurgie. Le malade peut se l'introduire façilement, sauf au médecin à lui indiquer le choix de la substance dont il doit faire usage.

Dans un mémoire publié par M. le docteur Lorey, interne des hôpitaux, dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie* (4e année, n° 1), et dont les éléments ont été recueillis à l'hôpital du Midi, cet auteur apprécie le traitement de la blennorrhagie chronique et de la goutte militaire de la manière suivante :

« Je doute qu'en pareille occurrence, aucun médicament approprié puisse atteindre l'efficacité de la bougie au sulfate de zinc belladonisé.

« Sur ces vingt malades, en effet, soumis à ce mode de traitement, nous avons obtenu vingt guérisons. Or, si nous considérons tous les moyens employés contre la goutte militaire, moyens variés et multiples, en rapport avec les nombreux ennuis que cette affection entraîne avec elle, et les résultats que ces méthodes thérapeutiques peuvent donner, nous voyons que les avantages qu'elles réalisent ne sauraient égaler ceux que nous donnent les bougies dans les mêmes circonstances.

« Non-seulement la guérison des malades a été rapide, puisqu'en moyenne chacun n'a fait usage que de neuf bougies, mais encore elle s'est effectuée sans la moindre complication.

« Cette action curative si rapide des Bougies-Reynal au sulfate de zinc belladonisé, dans le cas de blennorrhagie chronique, s'explique facilement lorsqu'on se rend compte du double effet qu'elles produisent.

« Sans nul doute, elles ont d'abord sur la muqueuse uréthrale, chroniquement enflammée, une action thérapeutique, puisqu'elles contiennent chacune trois centigrammes de sulfate de zinc, cet agent modificateur par excellence des muqueuses enflammées, et trois centigrammes de belladone.

« Mais de plus, à cette action du médicament, elles ajoutent un effet mécanique, qu'elles produisent, lorsqu'elles sont introduites dans le canal.

« Une fois en contact avec la muqueuse malade, et ce contact dure une heure et demie environ, la Bougie-Reynal joue le rôle d'un corps étranger. Elle est chargée, il est vrai, de principes médicamenteux appropriés ; mais, avant tout, elle coustitue un corps irritant, modifiant, par sa présence, la vitalité de la muqueuse.

« C'est dans l'association et la combinaison de ces deux actions mécanique et thérapeutique que réside l'efficacité remarquable de la Bougie-Reynal aui sulfate de zinc belladonisé, et c'est ainsc qu'on peut s'expliquer la rapidité avec laquelle disparaît la blennorrhagie chronique, ou la goutte militaire, chez des malades qui en étaient affectés depuis cinq ans, six ans et plus, et qui avaient essayé, pour se guérir, tous les moyens recommandés en pareille circonstance. »

Les observations de M. le docteur Lorey portent sur quatre-vingts malades, dont soixante affectés de blennorrhagie aiguë lesquels ont été à dessein négligés dans son mémoire qui n'a pour objet

objet que la blennorrhagie chronique.

De son côté M. le docteur Dufour, dans sa thèse inaugurale, démontre, par quatre-vingt-dix observations recueillies dans les hôpitaux et à la clinique de M. le docteur Mallez, l'efficacité et l'avantage de ce traitement, sur les moyens employés jusqu'à ce jour. Autant de guérisons ont été obtenues. La moyenne du traitement a été de seize jours.

Les Bougies-Reynal trouvent aussi leur application dans le traitement de diverses maladies utérines. L'emploi des suppositoires de même composition rend de non moins grands services dans les affections du vagin.

L'importance de ces dernières applications thérapeutiques est telle, que nous nous proposons d'en faire le sujet d'un prochain article.

Dr JARDIN.

De l'action d'un arséniate de fer naturel dans le traitement des dermatoses, par le Dr BARON.

La communication que M. le docteur Paget (d'Arbois) nous adresse confirme les succès obtenus par l'eau de la Dominique dans la thérapeutique des affections cutanées.

« Mme X..., âgée de trente ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, était atteinte depuis deux ans d'un eczéma du dos des mains qui faisait son désespoir. Tout avait été employé contre cette affection rebelle (sulfureux, arséniate de soude, liqueur de Fowler, etc., etc.), et jamais la moindre amélioration n'avait été obtenue.

« Je la mis au traitement par les dragées de la Dominique, à la dose de huit par jour.

« Un changement manifeste ne tarda pas à se produire. La marche de l'eczéma se trouva bientôt enrayée. Tous les jours on la voyait s'éteindre, pour ainsi dire, à vue d'œil. Au bout d'un mois de traitement, l'eczéma disparut pour ne laisser après lui, comme traces, qu'un épiderme un peu hypertrophié.

« Aujourd'hui les deux mains sont guéries; mais, par précaution, dans la crainte d'une récidive, je tiens à faire continuer encore quelque temps l'emploi des dragées de la Dominique. »

Nous terminerons cette rapide revue par les observations que nous communique M. le docteur Berthelot (de Chamborigaud).

Ce praticien s'est servi fréquemment des dragées arsénico-ferrugineuses de la Dominique de Vals. Il en a obtenu de très-bons effets, notamment dans les cas de chlorose chez les jeunes filles, surtout lorsqu'il y avait des troubles du côté de la menstruation et toux avec essoufflement, mais sans lésions aux poumons.

Les dragées arsénicales de la Dominique ont pleinement réussi entre les mains de notre confrère, chez deux enfants atteints d'affections herpétiques chroniques, liées à un tempérament lymphatique.

« Somme toute, dit le docteur Berthelot, les dragées de la Dominique représentent un médicament sérieux, d'autant plus précieux que la forme des dragées le fait facilement accepter par les enfants et les jeunes filles les plus délicates. »

Le traitement des maladies cutanées par les lotions d'eau de la Dominique et par l'ingestion des dragées de la Dominique est un traitement digne de l'attention des praticiens; et, en nous référant aux résultats déjà obtenus par les simples lotions d'eau de la Dominique, nous croyons à l'avenir du traitement *simultané* que nous recommandons.

MATIÈRE MÉDICALE

—

Des effets hypnotiques du chloral (1).

L'histoire complète du chloral a fait l'objet de deux leçons de M. G. Sée. Nous nous bornerons à reproduire ici

(1) Leçon de M. le professeur G. Sée.

quelques considérations pratiques qui nous paraissent le plus susceptibles d'intéresser nos lecteurs, sur le compte de ce médicament cardinal, dont la thérapeutique s'est enrichie dans les dernières années.

Une première question se présente. Le chloral agit-il, ainsi que quelques expérimentateurs l'ont annoncé, par la transformation en chloroforme dans nos organes? A la suite de l'ingestion de ce médicament, la chimie n'a pu trouver dans le sang aucune trace de cet anesthésique. On ne l'a pas trouvé davantage dans les sécrétions ni les excrétions. Le papier réactif, exposé à l'action de l'air expiré, n'en a, non plus, décelé aucune trace. Restaient les urines à analyser. Ici, un fait digne de remarque est à noter. Quand les urines sont acides, on n'y rencontre aucune trace de chloroforme. Il cesse d'en être ainsi lorsque ce fluide est alcalin, ou qu'il a été alcalinisé par l'addition d'une base.

En résumé, ni dans le sang, ni dans l'air expiré, ni dans les diverses excrétions normales on ne trouve de chloroforme, résultant de la transformation du chloral.

Ajoutons que dans les liquides anormaux (liquides kystiques) la chimie a permis de reconnaître du chloral en nature.

Donc les effets hypnotiques du chloral ne sont nullement déterminés par la transformation en chloroforme. Il n'y a, du reste, aucune proportionnalité entre ces mêmes effets et la quantité du médicament retrouvée dans le sang. C'est que l'élimination de cet agent est rapide, et qu'il ne s'accumule pas dans l'économie, à l'instar d'un grand nombre de modificateurs thérapeutiques.

Ne pouvant faire sur l'homme des expériences de vivisections, on ne peut faire sur lui qu'une analyse superficielle de ses effets physiologiques.

Administré à une faible dose, soit 0,50, le chloral agit ainsi que le chloroforme. Il produit un peu de ralentissement du pouls, de la respiration et un abaissement de la température. Cette triple concordance constitue une phénoménalité très-importante.

Le phénomène dominant, en rapport avec l'emploi du chloral, c'est le sommeil.

Le sommeil chloralique n'a rien de commun avec celui qui résulte de l'ingestion de l'opium. Ce dernier donne lieu à des rêvasseries pénibles, à des cauchemars; il enlève l'appétit. Il est loin d'en être ainsi sous l'influence du chloral, qui donne à l'homme un repos agréable, réparateur, sans produire aucune influence fâcheuse sur les voies digestives. Il agit d'une façon analogue à celle du brômure de potassium, doué aussi des plus précieuses vertus hypnotiques. Il y a, toutefois, une différence entre les effets de ces deux médicaments. Tandis que le chloral détermine un paisible sommeil au bout de une ou deux heures, le brômure de potassium n'agit qu'au bout d'un temps double.

Notons, enfin, que le repos qui suit l'ingestion du chloral ne persiste pas au delà de quelques heures.

On a prétendu que, ainsi que cela s'observe pour ce qui est du chloroforme, les buveurs n'étaient pas sensibles à l'action hypnotique du chloral. C'est là une grande erreur. Ce médicament, en effet, agit merveilleusement dans l'état alcoolique. Le délire des buveurs n'a pas de remède aussi efficace que le chloral. — On a accusé le chloral, administré à fortes doses, de produire de l'excitation, de la jactitation, des hallucinations, de l'anxiété précordiale, de la tendance à la syncope, etc. Il y a plus : le D. Jollit prétend que 5 gr. de chloral, administrés à un malade, ont déterminé la mort par paralysie des muscles du cœur. Plus fort encore : un médecin anglais, le Dr Donavan, a signalé un cas de mort survenue après l'ingestion de 1 gr. 50 de chloral! En vérité, c'est à n'y rien comprendre.

Qu'un accident puisse se produire après l'administration d'une forte dose de chloral, prise en une seule fois, la chose est possible. Mais, en agissant de la sorte, c'est procéder en dépit de

toutes les règles de l'art. La première condition, dans l'emploi de ce médicament, c'est d'espacer les prises, de fractionner les doses. On doit faire préparer une potion contenant 150 à 200 gr. de véhicule, potion dont on prescrit au malade une cuillerée à bouche toutes les heures, toutes les demi-heures, au plus tous les quarts d'heure. En procédant de la sorte, on peut administrer, sans le moindre danger, 5 à 6 gr. de chloral dans les vingt-quatre heures.

Le chloral est doué d'une précieuse vertu. Il ne s'accumule pas dans l'économie, vu que son élimination est très-rapide. Pour cette raison, il ne se produit pas d'accoutumance. A l'inverse de l'opium, on n'est donc pas contraint de l'administrer à doses croissantes. Certains malades arrivent à absorber des doses fabuleuses d'opium au grand détriment de leur constitution, au grand danger de leur existence. Il n'en est plus ainsi du chloral. D'un jour à l'autre, l'économie n'en conserve aucune trace. Partant de là, un malade est susceptible de bénéficier presque indéfiniment de ses admirables vertus hypnotiques, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la dose qui une fois a produit de bons effets.

Il est, toutefois, un revers de médaille qu'il est bon de faire ressortir. Ce médicament a un goût si détestable, que quelques malades ne sauraient s'y faire. Si l'on ne peut faire surmonter une répugnance invincible, il faut renoncer à son introduction par la voie gastrique. Mais il reste au malade une autre ressource : la voie intestinale. Le chloral agit aussi bien par le rectum que par l'estomac. On fait préparer une émulsion avec un jaune d'œuf ou un mucilage gommeux, et l'on y fait incorporer 1 gr. ou 1 gr. 50 de chloral. Ce lavement doit être répété toutes les heures ou plus, de manière à fractionner les doses, ainsi que si le médicament était administré par la bouche.

Faisons remarquer, en terminant, que certains individus sont réfractaires à l'action du chloral. Ces cas sont exceptionnels, mais, en définitive, un fait de cette nature peut s'observer concernant une foule d'autres médicaments. Tel sujet pourra ingérer impunément des doses massives d'une substance toxique; tel autre éprouvera des accidents sérieux, sous l'influence de proportions insignifiantes d'une autre substance. Ce sont là des faits que l'on est à même d'observer journellement, mais que l'on ne saurait expliquer.

Dr MARCELLIN.

GYNÉCOLOGIE.

—

De la rétroversion de l'utérus.

La question des déplacements utérins est tellement controversée, que, pour prendre une décision au milieu des opinions contradictoires des auteurs, il est devenu nécessaire de faire retour à l'observation directe des faits. C'est avec cette pensée que je viens vous dire ce que j'ai vu, dans l'espérance de provoquer de votre part des communications qui contribueront à éclairer ce point de pratique.

La classe des déplacements de la matrice comprenant trois genres : 1° les versions ; 2° les flexions ; 3° les invaginations ou descentes ; je vous parlerai seulement de la rétroversion qui est une espèce de premier genre.

Mais avant de m'appuyer sur mes observations personnelles, permettez-moi de vous dire quelques mots sur l'histoire de la rétroversion.

La découverte de cette lésion est relativement récente. Elle appartient au chirurgien Grégoire, qui vers 1750 la fit connaître à ses élèves dans ses leçons particulières sur les accouchements. C'était la rétroversion dans les cas de grossesse, qu'il avait observée et décrite. Un des élèves de Grégoire, Walter-Wals, après son retour en Angleterre, ayant rencontré ce déplacement sur une femme grosse et n'ayant pu le réduire, fit appeler en consultation William Hunter, à qui il fit part de ce qu'il avait appris de Grégoire. Les deux chirurgiens ne purent

opérer la réduction de la déviation; la malade mourut le huitième jour; et en faisant l'autopsie, ils constatèrent anatomiquement la lésion. Même avec l'ouverture de la paroi abdominale, ils ne purent parvenir à désenclaver la matrice qu'après avoir pratiqué la symphyséotomie. Cette observation a servi de point de départ aux travaux de Hunter sur ce sujet et c'est par lui que fut imposé à cette espèce de déplacement le nom de rétroversion.

Depuis, des observations successives vinrent s'ajouter à celles des premiers observateurs, et le mémoire de Desgranges, chirurgien gradué du collége de Lyon, sur la rétroversion et l'antéversion de la matrice, couronné en 1785 par l'Académie de chirurgie, fit définitivement classer dans le cadre pathologique la rétroversion de l'utérus gravide.

On publia ensuite quelques faits de rétroversion de la matrice à l'état de vacuité, mais Boyer, qui a si judicieusement résumé l'état de la chirurgie de son temps, écrivait en 1825 : « La rétroversion de la matrice n'a presque jamais « lieu dans l'état de vacuité de cet organe. »

Contre l'opinion de Boyer s'élève, en 1843, Lisfranc : « La rétroversion de la « matrice, dit-il, peut se développer « dans l'état de vacuité ou de plénitude « de l'utérus; on l'a observée même « chez les vierges; Boyer prétend qu'elle « est rare si l'organe gestateur est vide; « c'est une grande erreur : nous nous en « sommes convaincus à l'hôpital de la « Pitié sur un très-grand nombre de « femmes. »

Tel était l'état de la question lorsque M. Baud, ancien élève de Lisfranc, présenta à l'Académie de médecine un mémoire ayant pour titre : « *Déviation et « engorgements de l'utérus; moyen nou- « veau pour les guérir.* »

M. Baud croit que l'engorgement occupe dans la pathologie utérine de Lisfranc, son maître, un rang immérité et usurpe une place qui est due à la déviation. Il propose un pessaire pour combattre la déviation. Ce travail devint le point de départ, au sein de l'Académie de médecine, d'une discussion sur les déviations utérines en 1849, discussion qui fut reprise et complétée à la tribune de la même compagnie en 1854 à propos du traitement des déviations utérines par le redresseur utérin.

Malgré la compétence et le talent des orateurs qui y prirent part, on ne saurait dire que ces débats aient été exempts d'une certaine confusion. Roux est venu parler de l'amputation du col utérin, Amussat, de la cautérisation du col, Récamier, des fongosités utérines et de l'abrasion par la curette.

Arrivant à la question des déviations, Malgaigne vient dire, dans la séance du 9 octobre, que pour lui il n'a jamais vu de rétroversion dans la pratique de l'hôpital, et qu'il n'en a rencontré que deux cas dans sa pratique de la ville; et dans la séance du 16 octobre, huit jours après sa première communication, il a eu la franchise de monter à la tribune pour déclarer que depuis la dernière séance il a soumis un certain nombre de femmes de son service à un nouvel examen qui lui a fait constater la déviation chez trois d'entre elles. Ainsi, une fois son attention appelée sur ce genre de lésion, en quelques heures il en constate trois exemples, établissant presque du premier coup que ce déplacement était aussi fréquent qu'il l'avait cru rare.

Cependant, au milieu des hésitations de plusieurs membres qui ne paraissaient pas suffisamment préparés à aborder cette question, on distingue deux courants d'opinion :

L'un, représenté par Paul Dubois, Cruveilhier et M. Depaul;

L'autre, par Velpeau, Malgaigne, Hervez de Chégoin, Amussat, Robert, Huguier et Cazeaux.

Les premiers soutiennent que les déviations utérines ne donnant lieu à aucun trouble de la santé générale, ne déterminant aucuns phénomènes locaux de quelque importance, ne doivent pas faire l'objet d'un traitement.

Les seconds s'efforcent, au contraire, de fixer l'attention des praticiens sur la

fréquence des déviations de l'utérus, sur les incommodités et les souffrances qu'ils imposent à la femme et sur la nécessité de leur appliquer un traitement rationnel.

Cruveilhier, qui a pris le premier la parole dans la discussion de 1854, dit qu'à l'état de vacuité l'utérus n'a point d'axe proprement dit; il est flottant dans l'excavation pelvienne.

Dans son anatomie pathologique, il développe la même idée. « On peut même dire que l'utérus n'a d'axe normal que chez les jeunes filles et chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant. Chez les femmes qui ont eu des enfants, on trouve souvent l'utérus horizontalement placé, son fond appliqué sur le rectum, les intestins grêles reposant sur la face antérieure de l'utérus qu'ils dépriment, si bien que lorsque les intestins grêles remplissent l'excavation pelvienne, il n'est pas rare de voir le fond de l'utérus regarder en arrière et en bas, et son col en avant et en haut : c'est cette disposition qu'on appelle rétroversion.

« La rétroversion est une déviation fort commune de l'utérus, vu la concavité du sacrum; mais hors l'état de grossesse, est-ce bien une lésion proprement dite que la rétroversion? Je ne le pense pas, car j'ai rencontré un nombre considérable de fois cette disposition chez des femmes qui pendant leur vie n'avaient éprouvé aucun accident du côté de cet organe.

« J'ai donc été souvent tenté de considérer comme imaginaires, ou du moins comme n'étant pas suffisamment démontrés, les accidents attribués à la rétroversion de l'utérus hors l'état de grossesse. »

On comprend à merveille que Cruveilhier se pose la question de savoir si la rétroversion est une lésion ou non.

La rétroversion étant, dans l'opinion générale, la déviation en arrière de l'extrémité supérieure de l'axe normal de l'utérus, si l'utérus n'a pas d'axe normal, on ne peut jamais le dire rétroversé. Il nous suffit de constater que par la négation de l'axe normal de l'utérus, l'illustre anatomo-pathologiste s'était enlevé en théorie le moyen de déterminer une déviation qu'en pratique il a su voir et reconnaître.

Il est improbable qu'il se soit occupé beaucoup d'une lésion douteuse pour lui, et il est logique qu'il repousse les traitements préconisés pour la combattre.

Pour M. Depaul, quand il n'y a qu'une déviation, il n'y a aucune altération dans la santé de la femme, et quand les femmes ont simultanément une déviation et une autre altération de l'organe : plegmasie partielle ou générale, catarrhe, granulations, ulcérations diverses, névralgies, il suffit de traiter la maladie concomitante pour voir disparaître la déviation. Et puis « qu'importe, dit M. Depaul, que l'utérus soit plus ou moins dévié, plus ou moins fléchi, si cette difformité n'a aucune influence fâcheuse sur la santé. »

A M. Depaul qui, en traitant pendant deux mois des ulcérations du col utérin, a guéri du même coup des déviations concomitantes, on peut répondre qu'il n'y a rien d'étonnant que de pareilles déviations ne donnent lieu à aucun symptôme; ce sont là des déviations instables que beaucoup de femmes bien portantes présentent pendant la menstruation et qui disparaissent d'elles-mêmes avec la congestion utérine. Elles ne sauraient entrer en ligne de compte avec les rétroversions stables, permanentes, confirmées, dont le diagnostic, pour être sûr, exige quatre ou cinq examens, presque tout le temps que M. Depaul a mis à guérir les premières.

Paul Dubois n'a pas la négation aussi facile que les deux précédents orateurs. Il admet la réalité de la rétroversion qu'il regarde comme fréquente, comme étant souvent la cause de la stérilité. Il n'a pas vu que les déviations aient une influence très-fâcheuse, mais il convient qu'exceptionnellement elles peuvent devenir la cause de souffrances assez vives et rendre l'excrétion des matières fécales difficile et douloureuse.

Il ne veut pas des pessaires, parce que les douleurs éprouvées par la malade ne

tiennent pas à la déviation mais bien à une hypéresthésie; il reconnait cependant que, par la mobilité de l'utérus dévié, les frottements des parties malades et les contractions des organes musculaires de l'excavation pelvienne, frottements et contractions inséparables de la station et de la marche, donnent lieu à une grande partie des souffrances qu'il a signalées et pour lesquelles l'immobilisation de l'utérus par un pessaire a procuré quelquefois aux malades un soulagement marqué.

Il admet que pour éviter les douleurs éveillées par le passage de la situation horizontale à la situation verticale, il y a des malades qui conservent pendant des années la situation horizontale, et que, dans ces cas, un bon moyen de support de l'utérus peut être utile, mais il repousse les pessaires pour les réserver au traitement du prolapsus seul, et il les repousse parce qu'il croit que les chirurgiens qui les emploient, se font illusion sur leur efficacité.

Au milieu des incertitudes de sa pensée, Paul Dubois cherche, sans la trouver, une position entre faire et ne pas faire. On ne saurait dire qu'il regarde les déviations comme ne donnant lieu à aucun symptôme, et il paraît ne se refuser à l'action que par le peu de confiance que lui inspire l'application des moyens contentifs connus. C'est par ce point seulement qu'il prend place à côté de Cruveilhier et de M. Depaul pour représenter le parti de l'inaction.

Abandonner les femmes affectées de rétroversion; ne rien faire pour combattre cette déviation, tel est le caractère le plus général des trois opinions que nous venons d'examiner.

Velpeau n'est pas de cet avis. Il pense que cette maladie si commune qu'on appelle engorgement de la matrice, est le plus souvent une déviation : Version ou flexion.

« L'observation directe, dit-il, apprend sur les déviations ceci :

« Une femme vous consulte, elle indique qu'un jour, il y a un, deux, dix ans, à l'occasion d'un effort, elle a senti quelque chose dans le bas-ventre. Depuis lors, elle ne marche qu'avec peine, qu'avec douleur. Elle se couche et à l'instant tout disparait. Elle se lève et tous les accidents reviennent. Cette succession, je l'ai rencontrée une infinité de fois. Au toucher, vous constatez la déviation. On parvient à redresser la matrice et la femme se sent aussitôt soulagée. L'utérus retombe; les mêmes angoisses, les mêmes difficultés renaissent. Peut-on rien trouver de plus concluant, de plus mathématique ?

Tous ses efforts dans cette discussion ont pour but de fixer l'attention des praticiens sur la fréquence des déviations de l'utérus.

Suivant lui, la plupart des pessaires soulagent comme support de la matrice, et il ajoute qu'en traitant la déviation on peut rendre fécondes des femmes stériles.

Malgaigne disait dans la discussion de 1854, qu'il avait constaté, pour son compte, chez un grand nombre de femmes, que la gêne et la douleur étaient produites par des déviations. « Il peut y avoir des déviations sans douleur, comme on peut avoir une hernie sans s'en douter. Mais quand une rétroversion, interdit la marche, si celle-ci devient facile par l'application d'un pessaire, il est évident que la difficulté de la marche tenait à une pression mécanique. Il ne pouvait y avoir que des douleurs mécaniques, puisqu'elles cédaient à un moyen purement mécanique. »

« Il n'est pas exact, dit Hervez de Chégoin, que les déviations ne donnent lieu à aucun symptôme. Combien de gastralgies, de spasmes, d'états nerveux, de douleurs de reins, de faiblesse des membres inférieurs et d'impossibilité complète de marcher sont dus aux déviations utérines.

« Quand une femme, par exemple, assure qu'elle verrait son enfant dans le feu sans pouvoir le secourir, que cette femme a une rétroversion de la matrice, et qu'avec un pessaire cette femme marche et se tient debout du matin au soir comme une autre, je ne vois pas quel

doute on peut élever sur le rapport entre le mal et le remède. »

« Les déviations sont-elles incurables? se demande Huguier; quoi! des praticiens des plus honorables auront publié des observations, auront montré des malades où l'existence matérielle d'une déviation et de ses accidents aura été démontrée. Déviation et accidents auront disparu comme par enchantement depuis un, deux, trois ans et plus sous l'influence du traitement rationnel, et on douterait encore? mais ce serait le comble de l'incrédulité, je dirai presque de l'orgueil.

« Les rétroversions sont bien maintenues et peuvent même guérir radicalement par les pessaires de M. Hervez de Chégoin ou de Gariel. »

Pour Cazeaux, il serait assez disposé à accepter l'opinion de MM. Paul Dubois et Depaul sur l'innocuité des inflexions simples et légères, mais il la repousse complétement quand cette opinion s'applique aux antéversions et aux rétroversions.

« Parce qu'une femme ne souffre pas d'une déviation, parce qu'elle se porte bien avec la déviation, le rapport conseille de ne rien faire; mais les ulcérations, les engorgements, le cancer lui-même ne se traduisent par aucun symptôme et l'apparence de la santé est bonne. Direz-vous qu'il ne faut pas les traiter?

« Guérissez la maladie principale, nous dit M. Depaul, et la déviation guérit d'elle-même. Cela, nous ne l'avons pas vu, mais nous avons vu, et M. Hervez aussi, que la réduction de la déviation opérée, l'engorgement ou augmentation de volume disparaissait souvent. »

Cazeaux est convaincu comme Hervez, que dans la rétroversion en particulier, le pessaire d'Hervez a guéri des femmes que rien n'avait pu soulager.

Pour prendre un parti entre ces deux opinions contradictoires : Ne rien faire ou agir contre la rétroversion de l'utérus, il est devenu nécessaire de faire retour à l'observation des faits.

Dr BERRUT.

(*A suivre*).

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Sur un nouveau mode de pansement des plaies d'amputation.

M. le Dr Paquet propose de panser les plaies d'amputation selon le mode suivant, qui participe à la fois de la réunion par première intention, du pansement par occlusion et du pansement par drainage, de Chaissaignac. Voici la façon de procéder de l'habile chirurgien de Lille.

On attend quelques moments après l'amputation pour voir si l'hémorrhagie ne se produit pas, on nettoie la plaie et on essuie les téguments de manière à les rendre le plus secs possible. Puis on fait sur la face postérieure du membre, jusqu'à 18 centimètres au-dessus de la plaie, des traînées du colodion le plus agglutinatif. Sur chacune de ces traînées longitudinales et larges à peu près de 1 centimètre, on fixe l'un à côté de l'autre des lacets de corset en coton, dont on étire la trame afin qu'ils s'imbibent plus facilement de collodion. Les lacets, en nombre voulu selon le volume du membre, doivent être adhérents aux téguments de la surface postérieure sur une longueur de 10 centimètres et libres à 2 millimètres au-dessus des bords de la plaie; ils dépasseront également la plaie d'une longueur de 10 centimètres au moins pour pouvoir être fixés solidement sur les téguments de la surface antérieure. Ils doivent être juxtaposés,

parallèles à eux-mêmes et perpendiculaires aux lèvres de la plaie.

Les lacets étant fixés, on fait sur toute la surface postérieure une couche de collodion élastique ou riciné et l'on procède à la réunion. Pendant qu'un aide tient les bords de la plaie rapprochés, le chirurgien exerce des tractions légères et continues sur le premier lacet de la surface postérieure du membre et le fixe aux téguments de la surface antérieure au moyen du collodion agglutinatif. Il place dans la plaie, au-dessus et à côté du premier lacet, à la profondeur de 1 centimètre, un drain long de 3 centimètres, dont l'orifice extérieur est fermé à volonté au moyen d'un robinet. Puis il fixe de la même manière les deuxième, troisième et quatrième lacets, après les avoir repliés sur la surface antérieure. A la partie la plus déclive, on a soin de poser un deuxième drain muni de robinet, et les fils de ligature, ou bien, si on a recours à la forcipressure, la pince qui assure l'oblitération de l'artère.

Après avoir achevé les sutures au moyen de lacets, posé les drains et réuni les fils de ligature à la partie la plus déclive, on étend, sur le moignon et les lacets, de nombreuses couches de collodion riciné jusqu'à ce que l'épaisseur de l'enveloppe soit suffisante. On a également soin de bien entourer le collodion, au niveau de la plaie, les drains et la pince à forcipressure, afin de s'opposer le plus possible à la pénétration de l'air, et de fixer solidement au moignon les accessoires du pansement.

On a formé, par ce badigeonnage au collodion riciné, une coque assez résistante qui entoure le membre complétement et favorise immédiatement, après l'opération, le dégorgement sanguin.

Cette enveloppe est cependant assez extensible pour qu'on n'ait pas à craindre l'étranglement quand apparait la tuméfaction du moignon, avant-coureur de la suppuration. Du reste, l'étranglement n'est à redouter que si la compression est linéaire, annulaire, au lieu d'être répartie sur une large surface.

Le pansement étant complétement sec, on enveloppe le moignon d'un feuillet de ouate maintenu par un triangle de linge.

Les deux drains munis de robinets que nous avons posés dans la plaie servent à prévenir la rétention des liquides du fond de la plaie et la distension douloureuse qui pourrait en être la conséquence. On peut aussi, sans défaire le pansement, faire des injections et des irrigations ; on peut, à l'exemple de plusieurs chirurgiens, faire des injections de glycérine pour prévenir l'infection purulente.

Le pansement est levé au bout de douze jours ; la cicatrisation est alors obtenue ; il ne reste à fermer que deux trajets fistuleux à l'endroit même où les drains sont placés, et dont la cicatrisation consécutive est facile à obtenir.

(*Bull. Méd. du Nord.*)

Une aiguille dans le larynx. — Une jeune et jolie miss de Bloomington s'habillait pour se rendre au concert. Tandis qu'elle se hâte de coudre une rosette à son corsage, le fil se rompt. Prenant l'aiguille entre ses lèvres, elle cherche d'autre fil; mais en même temps elle fait un profond soupir et l'aiguille se trouve entraînée dans le larynx. En proie à de violents accès de toux, suffoquant, manquant d'air, l'infortunée miss, au comble de l'angoisse, se précipite vers la porte et s'élance au dehors. Les accidents s'apaisent et la respiration se rétablit pendant quelques minutes; puis tout à coup la dyspnée, la suffocation, la toux reviennent aussi intenses; la face rougit et se tuméfie et la pauvre miss semble devoir étouffer. Environ une demi-heure après l'accident, le Dr Mitchell arrive auprès de la malade et la trouve assise dans un fauteuil, le cou dans ses mains, très-agitée; la respiration est accélérée sans être laborieuse, la douleur paraît aiguë. Après avoir calmé cet état d'excitation par quelques paroles rassurantes, le Dr Mitchell remarque que la respiration de-

vient naturelle, mais la malade ne respire qu'en tremblant et fait de continuels efforts de déglutition; elle parle distinctement et le caractère de la voix n'est pas altéré. En examinant la gorge, on aperçoit une très-légère saillie vers le bord inférieur du cartilage cricoïde, à droite de la ligne médiane. La pression, en cet endroit, exaspère la douleur et la malade affirme que « c'est là qu'elle sent l'aiguille. »

Après avoir tenté inutilement l'application du laryngoscope, le Dr Mitchell, sur le conseil du Dr Mathews, se décide à aller à la recherche du corps étranger et à ouvrir la trachée. La malade ayant été anesthésiée, l'opération fut pratiquée: une sonde introduite dans l'ouverture de la trachée, heurta l'aiguille et il fut possible de l'extraire à l'aide d'une pince à dissection, non sans quelques tâtonnements. Sa tête était dirigée en avant, la pointe inclinée légèrement en haut, en arrière et à gauche, pénétrant évidemment dans la paroi postérieure du larynx. C'était une aiguille n° 7; elle était noire, comme celles qu'on extrait quelquefois des autres parties du corps. Le soulagement fut complet et immédiat et la malade se rétablit parfaitement.

L'auteur de cette communication n'a retrouvé que trois cas analogues dont il donne brièvement l'analyse. Dans ces trois cas, la trachée fut ouverte et le corps étranger extrait deux fois. Dans un cas, l'aiguille ne fut jamais retrouvée, et cependant l'opéré guérit aussi bien que les autres.

(*The medical Record.*)

De la trépanation dans les inflammations profondes des os. — On a bien signalé l'incision des parties molles qui recouvrent les os, comme un moyen souvent efficace pour faire disparaître les douleurs intolérables, dont s'accompagnent les abcès osseux, on a bien vu même Langenbeck (de Berlin, employer avec succès la gouge et le maillet pour donner issue à une collection purulente qui s'était formée dans l'épaisseur du tibia, mais on n'avait jamais songé à pratiquer la trépanation dans les cas d'inflammations osseuses profondes. M. le docteur Laffan, de Cashel (Irlande), aurait cependant, à plusieurs reprises, obtenu d'excellents résultats de cette pratique. A cet égard, l'un des cas les plus remarquables, est celui dont il adresse la relation à M. le docteur Fort.

Dans cette observation, il s'agit d'un homme de quarante ans, robuste, chez qui des douleurs extrêmement vives dans l'extrémité inférieure du fémur, un amaigrissement rapide, faisaient supposer, malgré l'absence de tout signe extérieur, l'existence d'une collection purulente. Les moyens ordinaires de traitement ayant échoué, l'application d'une couronne de trépan fut décidée. L'instrument pénétra dans le condyle externe en ligne parallèle à la rotule, mais au-dessus du point de réflexion de la membrane synoviale sur les cotés du fémur, on tailla librement dans les parties molles et l'instrument pénétra dans l'os. Le pus sortit alors par la plaie en quantité abondante, et à peine le foyer était-il évacué, que toute douleur avait disparu. — (*Paris méd.*)

De la température axillaire et de la température rectale chez les nouveau-nés. — A propos d'une note de M. Parrot, dans laquelle ce professeur signale, parmi les singularités présentées par un enfant atteint de ramollissement de l'encéphale, l'existence, pendant deux jours de suite, d'une température plus basse dans le rectum que dans l'aisselle, un externe des hôpitaux de Nancy, M. A. Réné a entrepris des recherches sur l'état de ces deux températures chez les nouveau-nés, et voici les résultats auxquels il est arrivé.

La température du rectun a été inférieure à celle de l'aisselle 103 fois sur 140 (soit une proportion de 5/7) chez 6 enfants nés avant terme, et 122 fois sur 159 (soit une proportion de 4/5) chez 7 enfants nés à terme et bien portants.

Il n'a pas été possible à M. Réné de déterminer à quel moment exact la température rectale atteint et dépasse constam-

ment la température axillaire, mais l'écart entre l'une et l'autre serait extrêmement variable. — (*Revue méd. de l'Est.*)

La strychnine dans l'amaurose causée par le tabac, par M. Julien J. Chisholm, de Beltimore (*Richmond and Louisville méd. Journal*). Un homme de cinquante-sept ans, dont la vue a baissé si rapidement, qu'en moins de six mois il en est venu à ne plus pouvoir lire, ni même vaquer à ses occupations, avec des lunettes convexes n° 10.

Depuis des années, il se livre avec passion à l'usage du tabac et du whisky. A l'abstention du tabac et des spiritueux, on joignit pour le traitement, l'usage interne de la strychnine, à la dose de deux milligrammes, dose qui fut portée progressivement à six milligrammes, trois fois par jour. Au bout de quatre mois, et quoique le malade n'ait pas suivi complètement les prescriptions, spécialement en ce qui concerne les spiritueux, il lui fut possible de lire couremment, avec des verres convexes n° 10, le type brillant de Jaeger, composé des caractères d'imprimerie les plus petits.

Tænia chez un enfant à la mamelle, par le docteur Dawosky de Celle (*Betz's memorabilien*). Il y a environ une quinzaine d'années, que le docteur Dawosky fut prié de débarrasser de son hôte, un enfant âgé de six mois, qui évacuait continuellement des bouts de tænia, et cet enfant n'avait pris jusqu'alors que le sein maternel. S'étant assuré de la présence du parasite, l'auteur fit prendre journellement à son petit malade, de l'huile de ricin, et eut le plaisir de voir, au bout de huit jours, l'animal expulsé avec sa tête.

Notre confrère se pose cette question : d'où cet enfant avait pu prendre ce parasite, et il rappelle que le Dr Weisse, de Saint-Pétersbourg, le grand promoteur de la viande crue, comme méthode de traitement chez les enfants, spécialement contre la diarrhée des petits enfants sevrés, communique que souvent ces derniers ont eu plus tard le tænia ; il en cite un de dix-huit mois qui en fut atteint. Ici tel n'est pas le cas, aussi rien ne peut expliquer par quelle voie ce ver interstinal a pu s'introduire.

De l'emploi local de l'hydrate de chloral dans le soi-disant catarrhe chronique sec de l'oreille moyenne, par A. Lucae (*Berliner klinische Woehenschrifs*). L'auteur fait pénétrer dans la cavité du tympan, au moyen d'une sonde, quelques gouttes d'une solution d'hydrate de chloral dans de l'eau au 30me dans les cas de catarrhe sec de l'oreille moyenne.

Le malade éprouve ordinairement une vive douleur de courte durée dans l'oreille. Le tympan se colore en rouge, mais on n'a jamais de vraie inflammation. Selon le degré de réaction, on fait deux ou trois injections par semaine.

Quand l'amélioration a lieu, elle se montre ordinairement après les premières séances sous l'influence de ce traitement. Les symptômes objectifs de l'ouïe ne subissent généralement aucun changement. Il n'y eut aucune amélioration de l'ouïe dans 64 0/0 des cas. Une légère amélioration se montra dans 25 0/0. Des effets très-avantageux, enfin, ont été notés chez les 11 0/0 restants.

De la transmission de la syphilis par le tatouage.

Le syphiliographe de l'hôpital du Midi citait dans une de ses dernières leçons cliniques un cas de transmission de la syphilis par le tatouage. On sait que ce tatouage consiste à représenter, d'abord à l'encre ordinaire, la figure qu'on désire ; puis on pique la peau jusqu'au sang en se servant d'une épingle trempée dans une solution colorée quelconque. Dans le cas dont il s'agit, l'opérateur avait délayé de l'encre de Chine *dans sa salive*. Or, celui-ci avait, au dire du malade, mal à la bouche, ainsi que le justifient des cautérisations au nitrate d'argent faites par un médecin de Tours. Deux mois et demi après l'inoculation, le tatoué remarqua sur la face dorsale de l'avant-bras, l'apparition de croûte qu'il

enleva et qui recouvraient un liquide blanc jaunâtre. Ces chancres se cicatrisèrent à la suite d'un traitement mercuriel; puis apparurent tous les accidents secondaires de la syphilis, parfaitement caractérisés. (*Progrès médical.*)

Le hareng dans les coliques hépatiques.

M. le docteur Rapin cite plusieurs cas de coliques hépatiques guéries ou du moins améliorées par l'usage quotidien du hareng. Il fait circuler sous les yeux des membres de la Société médicale de la Suisse romande un certain nombre de calculs éliminés par ses patients, ainsi qu'une riche collection de sables biliaires. L'auteur se demande s'il faut attribuer cette action curative du hareng à la propylamine qu'il contient. (*Lyon médical.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *avril* 1877.

Présidence de M. Bouley.

Du sommeil. — M. Villemin, membre correspondant à Vichy, donne lecture d'une note, sur la physiologie du sommeil, dont voici les conclusions :

Le sommeil physiologique est une loi de l'activité nerveuse cérébrale, la loi de la périodicité fonctionnelle.

Cette loi a sa raison d'être dans la nécessité de réparer les éléments organiques, qui sont incessamment usés par l'activité fonctionnelle et dont la réparation suffisante ne peut se faire pendant la continuité d'action de l'organe.

Les conditions physiques où se trouvent les cellules encéphaliques après une période d'activité, modifient l'innervation vasomotrice : les vaisseaux cérébraux se contractent; l'afflux du sang diminuant, l'activité fontionnelle du cerveau est suspendue : on s'endort et la réparation des éléments nerveux s'opère.

Pour le réveil, l'incitation apportée au cerveau par l'un quelconque des nerfs sensitifs, ou le fait même de la réparation de cet organe, fait rentrer en fonction les cellules nerveuses; ce phénomène entraîne aussitôt la dilatation vasculaire, et l'activité fonctionnelle du cerveau recommence.

Dans le sommeil produit par les anesthésiques, le défaut d'excitabilité du cerveau est encore la cause du phénomène, seulement ce n'est plus en raison de l'usure de ces cellules, c'est par suite d'une action spéciale, physico-chimique de l'agent toxique sur ces éléments ; par un effet réflexe, les vaisseaux se resserrent et le sang n'arrive plus en quantité suffisante pour exciter l'activité cérébrale.

Le sommeil magnétique ne dépend plus d'une modification physico-chimique de la cellule encéphalique, mais d'une action réflexe, s'exerçant depuis l'œil sur les centres nerveux des vasomoteurs. Le spasme vaso-moteur peut-être général, et alors se manifeste l'hypnotisme complet avec ou sans accidents cataleptiques (abolition entière de sensibilité, quand les centres sensitifs sont privés de sang, paralysie circonscrite quand l'ischémie est partielle).

Séance du 17 *avril* 1877.

Présidence de M. Bouley.

Fièvre typhoïde. — M. Jaccoud, avant de répondre à l'argumentation de M. Guéneau de Mussy, se propose de compléter sa première communication. Il s'est contenté jusqu'ici de chercher à prouver que les émanations des matières fécales pouvaient être une cause efficace suffisante de la fièvre typhoïde, M. Jaccoud n'avait pas indiqué, dans cette première partie de son argumentation, si toutes les matières fécales indistinctement pouvaient donner lieu à la prudoc

tion de la fièvre typhoïde; il s'était seulement attaché à démontrer, en s'appuyant uniquement sur des faits, l'origine fécale de la fièvre typhoïde, envisagée d'une manière générale. C'est là, en effet, ce qu'il fallait établir tout d'abord. Une fois en possession de ce premier fait fondamental, une deuxième question restait à résoudre : sont-ce les matières fécales par elles-mêmes, abstraction faite de leur origine, qui sont nuisibles; ou bien ne le deviennent-elles qu'autant qu'elles contiennent le poison typhogénique? La première de ces formules est admise par Murchison : un certain nombre de faits ont été cités à l'appui de cette manière de voir. Mais si cette opinion était conforme à la réalité des faits, la fièvre typhoïde devrait exister alors en permanence dans tous les pays où la canalisation des eaux est défectueuse ou même absente.

M. Jaccoud avait surtout pour but de montrer jusqu'où on pouvait aller en se restreignant dans les limites de la constation des faits, et il croit pouvoir ainsi résumer les considérations qu'il vient de présenter :

1° Les matières fécales ne deviennent typhogéniques, qu'autant qu'elles renferment le poison typhogène;

2° Dans la grande majorité des cas, la présence du poison résulte de l'introduction directe ou indirecte de ce poison spécifique dans les masses fécales communes, auquel cas les matières ne sont qu'un agent de transmission de la maladie;

3° Dans d'autres circonstances, ce poison, sans qu'il y soit mélangé, prend naissance ou arrive spontanément dans les matières et celles-ci sont dès lors un agent direct d'infection.

M. Jaccoud répond ensuite à l'argumentation de M. Guéneau de Mussy : il commence par se défendre du reproche que lui a adressé son honorable collègue, d'avoir amoindri le nombre de ses observations, et par conséquent de n'avoir pas lu son travail jusqu'à la fin. En cela, dit-il, M. Guéneau de Mussy se fait tort, car tout ce qui sort de sa plume est lu avec l'intérêt que commande sa légitime autorité et sa haute compétence médicale. M. Jaccoud a seulement voulu dire que sur le point qu'il avait lui-même traité, le mémoire de M. Guéneau de Mussy ne contenait que trente-cinq observations; vingt-trois autres observations du mémoire ne sont destinées, suivant M. Jaccoud, qu'à montrer la contagion de la fièvre typhoïde, il n'y a donc là qu'un écart d'opinions, et non de la part de M. Jaccoud, une omission qui serait inexcusable.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 14 mars 1877.

Présidence de M. le Dr DOMERC.

Après lecture du procès-verbal et dépouillement de la correspondance, la Société vote l'admission de MM. Bossu et Verjon comme associés libres nationaux, de MM. Mauriac (de Bordeaux) et Dupont (de Saint-Mihiel) comme membres correspondants et de M. le Dr Blet, comme membre titulaire.

M. le Dr PASSANT, par quelques paroles bien senties, fait part à la société de la perte douloureuse qu'elle vient de faire, dans la personne d'un de ses membres, M. le Dr Cintrat (Rue du Bac 146.) — On peut ajouter un nom de plus à ce douloureux martyrologe. Ces jours derniers, un des membres les plus jeunes et les plus sympathiques de la société, M. le Dr L. Carrère, (Rue Villedo, 9), vient de partager le triste sort de son collègue. Ces deux honorables confrères, comme tant d'autres, sont morts au champ d'honneur, victimes de leur dévouement professionnel. Tous deux, à la suite de la trachéotomie, n'ont pas hésité à pratiquer la succion de la plaie, pour la débarrasser des fausses membranes qui l'obstruaient. Quelques jours après, l'un et l'autre succombaient aux atteintes du fléau, dans les plus cruelles souffrances.

M. le Dr DELASSIAUVE émet le vœu de

voir créer un plus grand nombre de petits hôpitaux, dont la salubrité, selon lui, serait infiniment supérieure à celle des grands hôpitaux des villes. Il pense qu'on pourrait établir, sur le territoire français, environ *dix mille circonscriptions*, qui toutes devraient être munies d'un établissement de ce genre.

M. le Dr GIBERT, à propos de la discussion à l'ordre du jour devant la Société des médecins des hôpitaux, sur la suppression du bureau Central d'admission dans les hôpitaux et hospices de la ville de Paris, croit que le meilleur moyen pratique d'y arriver serait de provoquer l'extension des secours à domicile, et une organisation plus parfaite de la médecine et de la chirurgie des pauvres.

M. le Dr FONTÈS répond à M. Delassiauve qu'il existe en Espagne, et spécialement à Madrid, de petites maisons de secours, contenant sept à huit lits pour les cas urgents, et dans lesquelles se trouvent toujours un médecin et un chirurgien de garde. Pourquoi donc ne pas demander à l'administration d'entretenir, dans le même but, quelques lits dans chacune des maisons de Secours, où se donnent les consultations gratuites? Il est vrai qu'il serait difficile d'y avoir un médecin de garde. Dans tous les cas, il y a là une idée à examiner et mûrir.

M. le Dr MORET indique qu'il a existé un petit hôpital de ce genre, pour une douzaine de lits, dans le IVe arrondissement. Cet établissement a été fermé, sans que l'on ait donné des raisons suffisantes à la suppression dont il a été l'objet.

M. le Dr PERRIN répond à M. Moret que cette décision avait été prise par M. Husson, en raison des frais exhorbitants qu'entrainait cette maison de Secours par rapport au petit nombre des malades qui y étaient traités. — En ce qui touche l'admission dans les hôpitaux, M. Perrin dit qu'à Bruxelles, dans les cas urgents, un médecin du Bureau de bienfaisance peut prescrire, l'entrée immédiate d'un malade à l'hôpital.

M. le Dr DOMERC répond à M. Fontès que, si le service de quelques lits dans chaque maison de Secours venait à être institué, un malade, admis d'urgence, pourrait, soigné par les sœurs, attendre au lendemain l'examen du médecin de service, ce qui dispenserait d'organiser un ordre de garde.

M. le Dr FONTÈS croit, au contraire, que, dans ces cas urgents, un examen immédiat serait nécessaire. Une hémorrhagie, par exemple, devrait-elle être remise au lendemain?

M. PASSANT communique à la société le relevé suivant, relatif à la

Statistique médicale des bureaux de bienfaisance.

(*Mars* 1877.)

Ainsi qu'il ressort des documents fournis par MM. les Docteurs Fontès (1er arrondissement), Moret (4e arrond.), Brochin et Domerc (5e arrond.), Monceau et Moreau (6e arrond.). Passant (7e arrond.), Dal-Piaz (8e arrond.), Ed. Labaraque (10e arrond.). Bonnefoy et Gibert (12e arrond.), la constitution médicale a présenté surtout des affections thoraciques (bronchites et pneumonies); viennent ensuite par ordre de fréquence: la rougeole (5e, 6e, 7e, 8e et 12e arrondissements); la scarlatine (12e arrond.); la variole (5e, 6e, 12e arrond.); la diphthérie (4e, 5e, 8e et 12e arrond.).

Policlinique.

M. le Dr VERRIER communique à la Société, l'observation suivante :

Accouchement prématuré artificiel provoqué à 7 mois 1/2. — *Bassin en feuille de trèfle.* — *Emploi du forceps.* — *Enfant vivant.*

Il s'agissait d'une femme de vingt-neuf ans, rachitique, dont la taille ne dépasse pas 1 m. 38 centim., et qui n'a pas marché avant l'âge de dix-huit mois. A une première grossesse, cette femme avait été accouchée, au moyen du forceps, par MM. Depaul et Tarnier. L'enfant mourut pendant le travail. Il portait un enfoncement du pariétal du côté droit.

La femme devient enceinte pour la se-

conde fois dans le courant de juin 1876. Elle devait donc accoucher vers le 15 mars 1877. « A mon examen, dit M. Verrier, je trouve le diamètre sacro-pubien réduit à 7 centim. et demi, et je propose l'accouchement prématuré artificiel à sept mois et demi, lequel est accepté et pratiqué le 2 février. A cet effet, je place l'appareil de M. Tarnier, modifié par moi. Une première fois la boule se crève. Je recommence le 3 au soir, sans plus de résultat, la ligature de mon appareil ayant été mal faite. C'est alors que, le 4 au matin, j'excite le travail par l'introduction d'un cône d'éponge préparée. La dilatation du col se fait lentement, les membranes se rompent, et, le 5 février, à 10 heures du matin, j'obtiens d'actives contractions. Le sommet se présente en deuxième position, qui bientôt devient transversale, mais sans engagement. Le soir, à cinq heures, je me décide, vu l'épuisement de la mère, à terminer l'accouchement par une application de forceps, sans donner de chloroforme. J'obtiens un enfant vivant, du poids de 2,500 grammes. La tête, saisie suivant son diamètre occipito-frontal, a dû voir se réduire son diamètre bipariétal jusqu'à 7 centimètres et demi, par suite de la compression que lui ont fait subir les os du bassin maternel. La mère et l'enfant vont très-bien. »

En terminant, M. Verrier appelle l'attention de ses confrères : 1° sur l'indifférence qu'il y a à choisir tel ou tel procédé d'excitation du travail. Tous les procédés ont donné des succès, cela dépend du degré d'excitabilité de l'utérus, qui varie avec chaque malade. Aussi quand l'un ne réussit pas, il ne faut pas insister, mais recourir à un autre ; 2° sur l'importance qu'il y a à bien déterminer l'époque de la grossesse et, consécutivement, celle de la provocation de l'accouchement, afin d'éviter, autant que possible, une opération aussi grave que l'est une application du forceps au détroit supérieur, gravité qui devient encore plus grande quand il s'agit d'un fœtus qui n'a pas encore accompli toute sa période de vie intra-utérine.

A propos de ce cas d'accouchement provoqué, M. le Dr Hamon (de Fresnay) demande la parole pour communiquer un fait analogue quant au but, mais différent de celui qui précède et par la cause qui a motivé l'intervention de l'art, et par le mode d'incitation du travail mis en usage. Voici, en substance, l'observation rapportée par M. Hamon.

Hémorrhagie occasionnée par une présentation du placenta. — *Application immédiate et excellents effets, pour la mère et pour l'enfant, du ballon hydrostatique.*

Selon M. Hamon, l'usage du ballon hydrostatique est bien supérieur à celui de l'éponge, pour la provocation du travail de l'accouchement. Il en a fourni déjà de nombreuses preuves. En voici une nouvelle :

C'était chez une femme de vingt-deux ans, primipare, dont la grossesse était à terme. Le mois précédent, elle avait eu une première perte de sang peu abondante. Le 1er mars, nouvelle hémorrhagie, qui débute à 7 heures du matin. A midi, la malade se rend chez une sage-femme pour y faire ses couches. Mais le sang s'écoule avec une abondance croissante, et la famille, alarmée, fait réclamer l'assistance de notre confrère.

Avant même d'avoir pratiqué le toucher, M. Hamon déclare qu'il s'agit d'un cas de *placenta prævia*, et propose l'incitation immédiate du travail. Il est assez heureux pour la faire accepter sans trop de difficulté.

A ce moment, l'orifice externe du col n'admet que l'extrémité de la phalangette de l'indicateur ; l'orifice supérieur est fermé. Absence complète de douleurs. On entend les battements fœtaux dans le flanc droit, au-dessus de la ligne ombilicale.

A *six heures du soir*, le ballon hydrostatique est appliqué et gonflé avec de l'eau froide. Au bout de quinze à vingt minutes, les douleurs se déclarent et se

renouvellent sans interruption toutes les trois ou quatre minutes. — A huit heures, l'extrémité de l'index peut traverser le méat cervical supérieur, ce qui permet de constater une présentation céphalique. Une main est en avant et à droite de la tête ; le placenta se trouve en arrière et à droite de cet organe. Des caillots sanguins se sont accumulés entre la tête et le diaphragme cervical. Le ballon est remis en place et gonflé de nouveau avec de l'eau froide.

Jusqu'à trois heures et demie, l'ampoule de caoutchouc est enlevée plusieurs fois, pour surveiller la marche du travail, puis replacée; chaque fois qu'elle est retirée l'hémorrhagie se reproduit.

A trois heures 1/4 du matin, l'orifice cervical mesure 4 centimètres de diamètre. Les douleurs continuant à se produire, M. Hamon juge désormais inutile l'emploi du ballon, et se borne, lors de chaque contraction, à effectuer la dilatation digitale méthodique.

A *quatre heures*, l'orifice cervical, ouvert de 45 millim., paraît suffisant pour permettre l'introduction et l'articulation des étroites cuillers du rétroceps. Tractions modérées, effectuées seulement à chaque retour des douleurs. A *quatre heures et demie*, c'est-à-dire *après un travail artificiel de dix heures et demie*, extraction d'une fille bien constituée, cyanosée par le fait d'un enroulement du funicule autour du cou. Rappel à la vie, au bout de quelques instants.

Les membranes étaient rompues sur le limbe même du placenta. Des caillots sanguins adhérents se remarquaient sur une grande étendue de ce même limbe, selon une largeur de trois travers de doigt environ.

Le dixième jour la malade, parfaitement rétablie, a pu retourner à son domicile. L'enfant a été envoyée en nourrice à la campagne,

« Ce fait nouveau, ajoute M. Hamon, vient à l'appui de l'idée, souvent émise par moi, que, dans les cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, il est d'une bonne pratique de ne pas attendre, pour agir, que la malade soit épuisée par les pertes qui se succèdent fatalement.

« Quant au procédé, celui que je recommande est, entre tous, le plus simple et le plus sûr. Il est notamment de beaucoup supérieur au procédé classique qui, chacun le sait, consiste à bourrer le vagin avec des quantités fabuleuses de charpie (*plein un chapeau*, dit M. le prof. Pajot).

« Ce n'est rien encore d'appliquer ce tampon. Il faut aussi le retirer. Or, quiconque a procédé une fois à cette opération, sait combien elle est longue et pénible à supporter par la malade.

« Ce mode de tamponnement a encore sur le ballon hydrostatique un grand désavantage.

« Pour la raison ci-dessus, obligé à une extrême réserve, l'accoucheur se garde bien de toucher au tampon, qu'il ne se décide à enlever que le plus tard possible. Il ne peut donc, ainsi qu'avec le ballon hydrostatique, surveiller incessamment la marche du travail. Le moindre inconvénient qui résulte de cette méthode, c'est de prolonger de beaucoup la durée de l'accouchement qui, au moyen du ballon, et sans la moindre douleur occasionnée par son fait à la malade, est, d'ordinaire, effectué au bout de cinq à six heures, en moyenne. »

M. Hamon fait, du reste, observer que ce terme peut être exceptionnellement plus ou moins dépassé.

Il ne faut voir là, dit-il, qu'un fait notoirement connu. S'il est des cas où la moindre excitation suffit pour provoquer le travail prématuré (une chute sur les genoux, sur le siége, une fatigue quelconque, un simple excès de coït, etc.), il en est d'autres, aussi, dans lesquels les traumatismes les plus violents n'ont nulle influence sur le cours de la gestation. N'a-t-on pas vu des femmes faire des chutes d'un lieu élevé, sans que cet accident ait été suivi d'un avortement !

Il n'est donc pas étonnant que dans certaines conditions idiosyncrasiques spéciales, l'utérus puisse se montrer

réfractaire à tous les agents de dilatation, quels qu'ils soient. Ces mêmes agents produisent bien, en peu de temps, une dilatation variable de l'orifice cervical ; mais là se bornent leurs effets. Ils ne donnent pas lieu à l'établissement régulier du travail.

« En pareils cas, dit M. Hamon, deux partis se présentent à l'accoucheur :

1° Si l'indication d'intervenir est bien formelle, il faut profiter des douleurs artificiellement provoquées à l'aide du ballon, et procéder à la dilatation digitale, qui permet presque toujours, au bout de quelques heures, de frayer un suffisant passage à la main ou aux instruments obstétricaux ;

2° Dans les cas, au contraire, où l'intervention n'est pas jugée nécessaire, il est plus sage de ne pas forcer le travail et de se résoudre à attendre le réveil des douleurs spontanées, sauf à intervenir de nouveau, aussitôt qu'on le jugera nécessaire. »

M. le Dr Verrier rend la plus entière justice à l'utilité du ballon de M. Hamon. Il déclare qu'il l'emploierait volontiers dans les cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta. Il fait néanmoins observer que, pour l'incitation du travail, tout est bon : une tige de laminaire, un dilatateur quelconque, etc. M. Mattei introduit dans le col utérin une sonde en caoutchouc, qu'il coupe au ras du col et qu'il abandonne en place.

M. Hamon est loin de contester l'utilité des autres agents de dilatation de l'orifice cervical ; mais il est des circonstances assez nombreuses où ils ne peuvent être utilisés. Il en est ainsi, pour n'en citer que quelques exemples, dans les cas de rétrécissements atrésiques, physiologiques, ou pathologiques de l'orifice vulvaire ; dans ceux aussi où le méat cervical est inaccessible, par suite d'une déviation de l'axe de l'utérus. Dans toutes ces conditions, le ballon hydrostatique, dont l'application est toujours facile et non douloureuse pour la femme, est apte à rendre de signalés services.

Il ne faudrait pas croire, aussi, que l'emploi de certains dilatateurs soit toujours exempt de dangers. Naguère encore un de nos maîtres les plus autorisés a déterminé, avec le dilatateur de M. Tarnier, une perforation de l'utérus bientôt suivie de mort. Sur ce chef encore, le ballon hydrostatique présente sur ses analogues un inappréciable avantage. Son emploi ne fait courir aux malades aucun danger.

M. le Dr Berrut lit un mémoire intitulé : *De la rétroversion de l'utérus.*

(Voir ci-dessus, p. 236.)

Le secrétaire, Dr Éd Labarraque.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 10 avril 1877, sont promus du nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : M. le professeur Jaccoud. — *Au grade de chevalier* : M. le docteur Moreau (Joseph-Frédéric).

*
* *

Concours pour trois places de chirurgiens des Hôpitaux. — Le jury est composé de MM. Desprès, Guéniot, Alphonse Guérin, Félix Guyon, Lannelongue, Polaillon, Tillaux et Verneuil, *chirurgiens* ; Frémy, *médecin*.

*
* *

Hôtel-Dieu. — Maintenant que les travaux du gros œuvre du nouvel Hotel-Dieu sont terminés, l'Administration municipal va s'occuper de la partie décorative de ce monument, qui, du reste, sera très-sobre et empreinte de l'austérité qui convient à la « maison des pauvres ».

On se bornera donc à exécuter, pour

les placer dans les vestibules et à l'entrée des salles, les statues des fondateurs et bienfaiteurs de l'Hôtel-Dieu, et ceux des médecins et chirurgiens célèbres de France.

Actuellemet, on termine la régularisation de la place rectifiée du Parvis : vers l'Hôtel-Dieu, ce travail est achevé ; du côté de l'ancien bâtiment qui va disparaître, l'opération est plus longue, car il faut procéder au nivellement.

*
* *

Faculté de médecine de Nancy, — Les ressouces cliniques de la Faculté de médecine de Nancy étant très-limitées, le Conseil général de Meurthe-et-Moselle, après une discussion dans laquelle la question a été vivement débattue, a voté un premier crédit de 5,000 francs pour faciliter l'entrée dans les hôpitaux des personnes étrangères à la ville et atteintes d'affections présentant un intérêt clinique incontestable, et un deuxième crédit de 2,700 francs pour ouvrir, à la maison départementale de secours, un service de 10 lits spécialement consacré à la clinique gynécologique.

*
* *

Où vit-on le plus longtemps ? — S'il s'agit de passer la soixantaine, c'est en France qu'il faut vivre. Les documents officiels établissent, en effet, que sur un million d'habitants, on compte 71,602 individus âgés de soixante ans en Italie ; 72,910 dans la Grande-Bretagne ; 76,982 en Hollande ; 78,187 en Suède ; 86,657 en Danemark ; 88,432 en Belgique ; 101,495 en France.

Quant aux centenaires, la Grande Bretagne en compte 15 sur un million d'habitants ; la France 7, 3 ; la Belgique 7 ; la Suède, 2,6, et la Hollande 1,3.

Ce sont les femmes surtout qui fournissent le plus d'exemples de longévité séculaire.

*
* *

Le débit de la parole. — Un physiologiste italien, M. Mariotti, vient de communiquer à l'Académie romaine des détails curieux sur le débit de la parole. Gibbon avait calculé qu'un orateur anglais d'une élocution facile peut prononcer environ 7,200 mots à l'heure, c'est-à-dire 120 mots à la minute. D'après la sténographie des parlements italiens, M. Mariotti a pu faire le même calcul pour quelques orateurs de son pays ; de Foresta prononçait 60 mots à la minute ; Massimo d'Azeglio, 90 ; Rattazzi, 150 ; Cordova, le plus rapide de tous, allait jusqu'à 218.

On a remarqué que les orateurs doués d'une telle vélocité sont plutôt agréables que puissants, car ils ne laissent pas à leurs auditeurs le temps de se pénétrer de leurs arguments.

*
* *

Utilisation des chiens morts — Un journal de San Francisco, de Californie, décrit l'emploi que fait un négociant de cette ville, *des chiens morts*. Les peaux tannées servent à la fabrication des gants ; le poil, à fabriquer des tissus. Les os et les chairs, après avoir macéré dans l'eau chaude, sont vendus à des fabriques de sucre où on les emploie en poudre pour raffiner ce produit ; et... *pour que rien ne se perde, la graisse qui surnage est incorporée à l'huile de foie de morue et livrée avec cette substance médicamenteuse !* Avis à qui de droit.

(*El Siglo medico.*)

*
* *

M. le docteur Berrut et la cour d'assises. — On lit dans le *Bien public* : Un chirurgien très-distingué, déjà connu pour son souci de la dignité de la profession qu'il exerce, vient de donner un bel exemple : il était assigné comme témoin dans une affaire d'avortement. Le docteur Berrut a refusé de déposer sur des faits qu'il n'avait connus que dans l'exercice de son ministère et sous le sceau du secret. Il a refusé de prêter serment. « Le serment, a-t-il dit, m'oblige à dire toute la vérité, et en raison de mes devoirs, je ne le puis pas. » En dépit des termes de l'article 378 du Code pénal, la Cour

d'assises de la Seine a cru pouvoir le condamner à 100 francs d'amende. Cette sentence sera déférée à la Cour de cassation.

En présence de l'article 378, en présence d'une jurisprudence bien connue, il nous est permis d'espérer que la Cour de cassation réformera cet arrêt et donnera pleine raison au docteur Berrut, qui n'a fait que se souvenir de l'une des règles les plus justes et les plus nécessaires de notre législation, de cette règle du secret professionnel qui fait du médecin le muet confident de toutes les misères humaines que son ministère le contraint à connaître.

Ce n'est pas la première fois que ce courageux confrère fait preuve de discrétion.

S'étant vu naguère (1) refuser, par la mairie du VIIe arrondissement de Paris, la déclaration de naissance d'un enfant, parce qu'il avait refusé de déclarer le nom de la mère ainsi que le lieu de naissance, il ne craignit pas d'intenter un procès au maire de cet arrondissement. Ce fonctionnaire se vit condamner à dresser tel quel l'acte de l'état civil de cet enfant déclaré issu de père et de mère inconnus. Le dit jugement devait, en outre, lui servir d'acte de naissance.

Nous sommes heureux d'adresser à M. Berrut nos félicitations pour ces actes d'énergie. Il serait à désirer, pour notre dignité professionnelle, que ce distingué confrère trouvât parmi nous beaucoup d'imitateurs.

* * *

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population*, 1,986,748.) *Du* 5 *au* 12 *avril*, 1,053 décès ainsi répartis : variole, 6; rougeole, 11; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 13; érysipèle, 11; bronchite aiguë, 40; pneumonie, 87; dyssentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 13; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 40; croup, 14; affections puerpérales, 4; affections aiguës, 281; affections chroniques, 464 (dont 206 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 40; causes accidentelles, 27.

Du 12 *au* 19 *avril*, 1,025 décès ainsi répartis : variole, 3; rougeole, 16; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 17; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 44; pneumonie, 62; dyssentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 14; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 45; croup, 20; affections puerpérales, 5; affections aiguës, 242; affections chroniques, 482 (dont 207 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 36; causes accidentelles, 30.

VARIÉTÉS

La variole et les voitures de place.

Il y a quelque temps, lit-on dans le *British Médical Journal*, un monsieur, passant dans une rue de Londres, aperçut une voiture de place stationnant à la porte d'une maison. A ce moment, sortait de la maison et montait dans la voiture un malade dont le visage était couvert d'une éruption de petite vérole. L'observateur suivit la voiture, aussi vite qu'il le put; elle déposa le malade dans un hôpital de varioleux. Voulant savoir le numéro du fiacre, notre homme reprit sa poursuite; il vit un monsieur et une dame hélant le cocher; en vain il s'efforça par signes de les prévenir. Le couple ne comprit pas, monta et partit.

Notre homme était un caractère résolu; il suivit encore et fut juste à temps pour voir les voyageurs descendre à la porte d'une maison, sur une des plus belles places de Londres. N'ayant pu prendre le numéro de la voiture, il abandonna la partie.

(1) Voir la *Revue*, 1876, page 83.

Quelques jours plus tard, se trouvant de nouveau à Londres, il crut devoir faire une visite à la maison où le monsieur et la dame étaient descendus ; il voulait s'expliquer sur la bizarrerie de son attitude, lorsqu'il leur faisait des signes dans la rue, et poursuivait la voiture. Les jalousies de la maison étaient fermées, le monsieur mort la veille de la petite vérole, et sa femme, atteinte de la même maladie, dans un état désespéré. On ne sait pas ce qu'est devenu le malade transporté à l'hôpital. S'il est guéri, quel sujet de réflexions en apprenant cette nouvelle ! Ce triste fait inspire au *Lyon Médical* les judicieuses réflexions suivantes :

Pour comprendre l'importance de la publication de ce fait dans les journaux de Londres, il importe de savoir que, chez nos voisins, des ordonnances de police interdisent formellement le transport des varioleux par les voitures de place. Le peuple anglais, habitué depuis longtemps à jouir, sans en abuser, de toutes les libertés politiques, ne songe nullement à se plaindre d'une réglementation excessive lorsqu'il s'agit de l'hygiène publique. Si, dans une immense ville de trois millions et demi d'habitants, le choléra, la fièvre typhoïde, la variole font relativement moins de victimes que dans les autres capitales de l'Europe, c'est à leur grande propreté, à leurs nombreux procédés de désinfection et à la sévérité de leurs mesures sanitaires contre la contagion, que les Anglais sont redevables du peu de gravité des épidémies. Ils ne sont pas arrivés à éteindre complétement toutes les maladies contagieuses, cela est vrai ; ils ont même encore le typhus exanthématique, qui nous est inconnu depuis 1856, et qu'il est bien difficile de détruire dans une si grande ville où une partie de la population souffre quelquefois de la faim ; mais au lieu de perdre leur temps à discuter si ces maladies sont contagieuses ou simplement infectieuses, ils n'ont pas hésité à se conduire résolûment vis-à-vis d'elles comme si elles étaient très-contagieuses. Les institutions privées, les pouvoirs publics, la presse, qui en Angleterre plus qu'ailleurs constitue le quatrième pouvoir, loin de se plaindre et de parler des vexations inutiles, se plient à toutes les exigences réclamées par l'hygiène publique. Des hospices spéciaux ont été créés ; dans chaque district les paroisses ont pour les maladies contagieuses les plus communes des voitures spéciales à la disposition des malheureux qui veulent se faire transporter à l'hôpital. Il n'y a pas, comme on l'a dit à tort, un agent de police montant spécialement la garde à la porte des hôpitaux, mais des ordres formels sont donnés aux concierges pour prendre le numéro des fiacres se présentant avec des malades, et pour que les cochers, et au besoin les voyageurs soient déférés à la justice.

Les Anglais ne plaisantent pas avec la contagion : les ordonnances de police sont formelles ; si on les transgresse, la presse dénonce le fait, et la sanction suit de près : 125 francs d'amende pour une première contravention !

Nous n'en sommes pas encore arrivés au progrès réalisé chez nos voisins. Exemple le fait suivant qui résume à lui seule la situation :

Hier encore un cocher, amenant une varioleuse à l'hôpital de la Croix-Rousse, insistait pour faire admettre immédiatement la malade, parce que l'heure approchait où il était retenu pour une noce.

N'est-il pas désolant de penser qu'une voiture de place, requise pour conduire un varioleux à l'Hôtel-Dieu, sera, en sortant de l'hôpital, louée pour un baptême, et conduira à l'église un nouveau-né non vacciné ?

Moins avancés que nos voisins sur ce point si capital d'hygiène publique, nous en sommes donc encore aujourd'hui à la période des vœux !

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY).

Paris. — Typ. Tolmer et Isidor Joseph, rue du Four-St-Germ., 48.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 10 — 15 MAI 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL COCHIN.

Leçon clinique de M. Bucquoy.

Variole. — Varioloïde. — Varicelle. — Comment il serait possible de faire disparaître la variole de la surface du globe.

1° *Variole.*

La variole est une affection éminemment contagieuse. Entre le moment de la contagion et la manifestation des symptômes, il y a une *période d'incubation*, un état latent, qui ne se traduit par aucun trouble morbide. Pour établir la durée de cette période, on a pu procéder de deux façons.

A une époque antérieure à la découverte du vaccin, quand les épidémies varioliques ne présentaient pas un grand cachet de gravité, on mettait des enfants en contact avec des varioleux, à l'effet, croyait-on, de leur faire contracter une affection plus discrète et de les préserver de ces hideux stigmates, conséquences de la maladie atteignant son maximum de gravité. En procédant de la sorte, il était aisé d'estimer la durée de la période d'incubation.

Dans un second mode de faire, on n'a qu'à compter les jours qui se sont écoulés depuis le moment où un sujet a été en contact avec un varioleux, jusqu'à celui où ont éclaté les premiers symptômes de la maladie.

L'une et l'autre façon de procéder ont permis de fixer à huit ou onze jours la durée de la période d'incubation.

Ainsi que toutes les affections aiguës, la variole s'annonce par le frisson et la céphalalgie. Dans cette première période, il y a deux symptômes qui présentent une valeur considérable.

Le premier de ces symptômes est constitué par les *douleurs de reins*, qui présentent souvent une extrême violence. Un autre symptôme connexe, à peine indiqué, a trait à des *douleurs contusives* très-intenses dans les membres, surtout dans les membres inférieurs.

Des symptômes importants se relèvent du côté des voies digestives. Il y a de *l'inappétence*, des *nausées* et des *vomissements bilieux*.

En dehors de ces deux ordres de phénomènes, il y a quelque chose de capital dans le début de la variole. C'est la durée de cette période. On peut ériger en loi que : *plus courte est la période d'invasion, plus confluente aussi sera l'éruption*. Ainsi, si l'éruption apparaît du premier au troisième jour, on peut être certain que la variole sera confluente. Si cette éruption ne se produit que du troisième au cinquième jour, il y a tout lieu d'espérer que l'éruption sera légère et discrète.

Trousseau, qui a si bien étudié cette affection, a posé en principe ce fait que, plus l'éruption se fait attendre plus la variole à de chances d'être franche et légitime.

Les *pustules varioliques* ne se forment

pas d'emblée. Il se produit d'abord des taches ou macules, qui rappellent l'aspect des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde. Ces macules s'effacent et disparaissent momentanément, sous l'influence de la pression. Puis la papule se forme, et l'épiderme se soulève par de la sérosité. Alors il se produit quelque chose de spécial, de caractéristique. Par suite du défaut d'élasticité du conduit sudoripare, qui ne se prête pas à une extension suffisante, il se fait une *ombilication*, à la partie centrale de la pustule. Bientôt la sérosité se trouble, devient opalescente, et, enfin, purulente.

La partie du corps la première envahie par les pustules, c'est la face. Comme ordre de succession viennent ensuite le tronc, puis les membres.

Quelquefois, cependant, dès le début, le corps entier est envahi par l'éruption.

L'éruption est dite discrète ou confluente, selon que les pustules sont isolées ou qu'elles se rapprochent et se réunissent les unes aux autres. Il est des formes dans lesquelles la confluence est localisée. Elle est dite *en corymbes*, quand elle se forme par séries ou groupes. Certaines conditions favorisent ce groupement. Il en est ainsi quand la peau a été le siége d'une irritation antérieure; à la suite, par exemple, de l'application d'un vésicatoire. Il en est de même autour de certains orifices naturels.

Les *muqueuses* peuvent être aussi envahies par l'éruption variolique. Ainsi, la gorge présente souvent une rougeur, un pointillé caractéristiques. Il en est de même des paupières et du globe oculaire lui-même, qui n'est que trop souvent atteint de perforations, lorsqu'il est envahi par l'éruption.

Après la période de l'éruption, qui dure de six à huit jours, vient celle de la *suppuration*. Alors l'ombilic cède, et il se produit une ampoule purulente à auréole caractéristique. Sa base est constituée par un noyau induré. Les zones peuvent se confondre et former de véritables plastrons plus ou moins étendus.

Alors se produit un autre symptôme important à étudier. Lorsque les pustules siégent sur un tissu cellulaire lâche, la fluxion inflammatoire produit un *gonflement* notable. Il en est ainsi au visage, qui prend souvent l'aspect le plus hideux. Le tégument cutané présente une couche grisâtre, la face devient léonine, les yeux se ferment; les malades deviennent repoussants et horribles à contempler.

Cependant, toutes les pustules ne suppurent pas, ne se rompent pas. Les éléments séreux et purulents peuvent se résorber. La pustule alors disparaît par dessiccation.

La fièvre, qui s'était éteinte après quelques jours, reprend du sixième au septième, au moment où s'établit la purulence. Si la variole est confluente, la suppuration est considérable. La fièvre peut alors acquérir une intensité telle, qu'elle peut entraîner la mort. Il est des malades qui, sans complication aucune, par le fait de l'intensité de la fièvre, succombent du onzième au quatorzième jour, au moment où se produit cette vaste suppuration.

La *tuméfaction* qui se remarque *à la face* s'observe également partout où il existe du tissu cellulaire. C'est le visage qui, le premier, est le siége de ce gonflement. *Malheur au varioleux chez lequel la face ne se tuméfie pas au moment venu.* Il est grandement menacé de payer le fatal tribut à l'ataxo-adynamie. Toute variole franche, avec suppuration franche, en apparence, qui ne s'accompagne pas du gonflement de la face est une affection menaçante.

La *tuméfaction des mains et des pieds* se produit à la fin de la période de suppuration, c'est-à-dire du neuvième au onzième jour. *Malheur*, encore une fois, *aux malades chez lesquels, ce phénomène ne se produit pas à cette époque.* Trousseau, après Sydenham, a fortement insisté sur l'importance de ce fait d'observation clinique.

Les conséquences de ces milliers de pustules sont une *tendance générale à la suppuration*. Ainsi, on voit tendre à suppurer les yeux, les parotides, les oreilles. La *diathèse furonculaire* est une carac-

téristique de la variole. Pendant la variole on voit se former d'innombrables abcès, qui se perpétuent souvent des semaines, des mois, quelquefois même un ou deux ans.

Il est des cas dans lesquels la variole ne suit pas ses allures régulières. Ces *formes* sont dites *irrégulières* ou *anormales*. Alors, le mode d'évolution de la maladie est différent.

Une première modification peut s'observer dans le début de l'affection. A ce moment on voit par fois se développer un *exanthème spécial*, tantôt disséminé, tantôt limité soit aux pieds, soit aux mains, figurant des bottines ou des gantelets. Cette éruption, analogue à celle de la rougeole, de la scarlatine, envahit des surfaces plus ou moins étendues. Il se produit de petites *pétéchies*, des *pointillés hémorrhagiques*. Ces éruptions ont ceci de particulier, qu'elles sont éphémères. On croit à un orage, et le lendemain tout est disparu. On doit voir, au contraire, dans ces manifestations, un signe de bon augure.

D'autre fois, le début de la maladie s'annonce bien. L'éruption sort aisément et avec une grande régularité apparente. On croit à une variole discrète. Soudain il se produit de l'oppression, de la cyanose. Dès le lendemain, le malade est passé de vie à trépas. Rien, cependant, ne pouvait faire prévoir une telle catastrophe. C'est ce qui faisait dire à Tissot : c'est la malignité du chien, qui mord sans aboyer.

Il est une forme de variole qui présente de graves caractères. C'est la *variole* dite *noire* ou *hémorrhagique*. Les débuts de cette affection sont brutaux. Il se produit rapidement une rougeur scarlatiniforme très-intense. On croit à une scarlatine. Ces malades sont emportés en trois ou quatre jours, sans qu'il se soit produit de pustules. Bien des soi-disant scarlatines à marche foudroyante ne sont que des varioles malignes. En pareils cas, la confluence est telle, que les pustules ne peuvent évoluer sur un terrain d'une étendue insuffisante. Il se produit, en pareils cas, disait Trousseau, ce qui a lieu quand un gazon est trop épais : il s'étouffe lui-même.

Dans cette forme de la variole, on voit les hémorrhagies se produire par toutes les voies. A l'autopsie, on constate la présence du sang dans tous les organes.

Quelquefois les allures de la maladie sont plus bénignes, mais les pustules se développent mal. Qu'on ne l'oublie pas : pour que la variole ait de bonnes allures, il faut une inflammation franche. Si l'on voit soudain les auréoles pâlir, devenir livides, on est fort menacé de voir se produire des pétiéchies, le sang se répandre dans les pustules, et les hémorrhagies se faire jour par les muqueuses. C'est dire assez que, en pareils cas, les jours des malades sont presque fatalement condamnés.

2° *Varioloïde.*

La varioloïde ne diffère de la variole que par la rapidité de son évolution et l'absence de fièvre secondaire. On a dit que les pustules de la varioloïde ne suppuraient pas. C'est une erreur. Si petites que soient ces pustules, elles ont toujours un aspect louche, et on pourrait découvrir des globules purulents sous l'objectif du microscope.

Dans la varioloïde, la température s'élève du quatrième au cinquième jour, quand les vésicules deviennent purulentes. Passé ce dernier terme, tout est terminé. Cette rapidité de la marche de l'affection la différencie clairement de la variole.

Dans les deux maladies, la durée de l'incubation est la même.

Dans la varioloïde, les pustules sont implantées sur une base faiblement indurée. Elles contiennent un liquide séreux ou faiblement opalescent. Elles n'ont qu'une faible ombilication et se dessèchent vite. La plupart avortent. Quelques-unes seulement, comme pour imprimer la signature de l'affection, laissent après elles une petite cicatrice, car l'inflammation du derme a été peu profonde. Aussi, au bout de quatre ou cinq jours, tout est-il terminé.

Il ne faut donc voir, dans la varioloïde,

qu'une variole modifiée. En quoi consiste cette modification? Le principe des deux maladies est-il semblable ou différent?

La connaissance de ce fait est capital, au point de vue de la prévention.

Or, on ne saurait le contester : la *varioloïde peut transmettre la variole.*

Les sujets qui ont été affectés de cette dernière affection en sont-ils à l'abri dans l'avenir? L'immunité est loin d'être absolue. Ce tribut, une fois payé, constitue bien pour le sujet une sorte de sauvegarde pour l'avenir; mais il ne le met pas sûrement à l'abri d'un nouvel impôt. L'affection peut encore s'abattre sur un terrain bien préparé. Chacun connaît l'histoire de Louis XV. A trente ans, ce monarque fut atteint de variole, ce qui ne l'empêcha pas de succomber, vers l'âge de soixante ans, à une nouvelle attaque de la même affection.

Cette réserve est encore plus fondée pour ce qui est de la *vaccine.* Ce moyen prophylactique ne saurait conférer qu'une *immunité passagère.* Le vaccin ne donne jamais lieu deux fois à des résultats complets. La revaccination ne produit qu'une vaccinoïde. Le vaccin peut préserver plus ou moins longtemps. Lorsque l'immunité n'est pas conservée, la variole peut être contractée et devenir assez grave pour occasionner la mort.

Un *préjugé* bien accrédité dans le public, c'est que *le vaccin jouit pendant sept années de vertus préservatrices.* Cette date est tout à fait inconnue. De là résulte l'insuffisance, la puérilité des certificats de vaccin. Ces certificats ne prouvent absolument rien. *Il serait beaucoup plus rationnel d'exiger un certificat de revaccination.* On éviterait ainsi bien des malheurs. De temps en temps, alors surtout qu'il existe des épidémies de variole, il serait nécessaire de pratiquer des revaccinations, de nous revacciner nous-mêmes. Quand une ou deux tentatives échouent, alors seulement on peut se considérer comme jouissant de l'immunité variolique. Si ces sages précautions étaient mises en pratique, la variole ne ferait plus aucune victime.

3° *Varicelle.*

On a longtemps considéré la varicelle comme un diminutif de la variole et de la varioloïde. Mais on va voir combien ses caractères la font différer de l'une et de l'autre.

Souvent on trouve dans la varicelle des pustules ombiliquées. Mais le plus souvent il ne se produit que de simples vésicules, qui ne passent pas à l'état pustuleux.

Un caractère spécial, du reste, la distingue des deux autres. C'est *l'absence complète de phénomènes prodromiques.* Ici, la fièvre est de courte durée, et c'est aussitôt que se développent l'éruption, les macules et les vésicules.

L'incubation est quelquefois prolongée. On a vu l'affection ne se déclarer que huit ou dix jours après l'infection ou l'inoculation.

La varicelle est le propre de l'enfance. Elle se produit sans aucun phénomène prémonitoire. La promptitude de son évolution est extrême. En vingt-quatre à trente-six heures la dessiccation est complète. Cette affection est très-prurigineuse. En vingt-quatre heures le corps est recouvert de vésico-pustules, qui portent les petits malades à se gratter avec acharnement. Il peut se faire deux ou trois poussées successives; mais la fièvre n'a pas de tenue, et la terminaison est rapide.

Cette affection exige à peine des précautions spéciales. Il faut ouvrir la fenêtre et éviter de laisser les petits malades dans un milieu confiné.

Trousseau a parfaitement établi l'indépendance de cette affection. Delpech, après lui, a repris et développé les idées de son maître. *On a fait de nombreuses injections avec le liquide des pustules de la varicelle. On a reproduit des varicelles, et jamais la variole.* Ainsi se trouve tranchée la question.

La varicelle est une maladie très-contagieuse, mais qu'importe? puisque sa bénignité est entière. On la voit souvent se cantonner dans les pensionnats,

mais son peu de gravité rend l'isolément inutile.

L'isolement, au contraire, est une question capitale quand il s'agit de la *variole*. L'administration a fait construire, dans quelques hôpitaux, des pavillons entièrement séparés, pour recevoir les varioleux. Il ne suffit pas que des salles particulières soient affectées à ces malades. Il est de rigueur de faire construire des *pavillons d'isolement*, et de leur assigner un service tout-à-fait à part.

Avec de telles mesures, en mettant en vigueur la pratique de la revaccination, on pourra se rendre maître de la variole, et arriver à faire disparaître cette affreuse maladie de la surface du globe. Mais ce résultat si désirable n'est pas près d'être obtenu. Il faudra, en effet, lutter longtemps contre le mauvais vouloir des administrations, aussi bien que contre l'entêtement obstiné des individus, qui auront bien de la peine à comprendre l'utilité de la revaccination, pour ne pas parler, même, de celle de la vaccination !

Dr E. Picart.

LITHOTRITIE

Pierres dures ou volumineuses. — Nouveau brise-pierre perforateur.

On sait que le *volume* considérable des calculs vésicaux et leur *dureté* constituent deux des plus formelles contre-indications de la lithotritie.

Quand un calcul est très-volumineux, alors même que les corps qui entrent dans sa composition sont peu durs en eux-mêmes, il offre néanmoins une très-grande résistance à l'action du brise-pierre.

Cette résistance ne dépend pas uniquement de la dureté des éléments qui entrent dans la composition du corps étranger, mais bien surtout de l'écartement considérable qu'il faut donner aux mors du lithotriteur pour leur permettre d'embrasser étroitement et efficacement le calcul.

Cet éloignement entre les deux extrémités de l'instrument nécessiterait souvent pour vaincre la résistance de la masse interposée entre elles (résistance d'autant plus grande comme on pense que la pierre est plus volumineuse) un tel déploiement de force que l'opérateur prudent se garde bien d'insister, de peur de voir le brise-pierre *brisé*, ou ce qui serait plus grave encore, *faussé*.

Dans le premier cas, en effet, on a la ressource de tailler le patient et de retirer de sa vessie le calcul en même temps que le bout de l'instrument ; dans le second cas ce n'est que grâce à une opération des plus graves et à l'intervention d'un mécanicien et de ses outils qu'on arrive à sectionner l'instrument et à l'extraire ensuite, partie par les voies naturelles, partie par la plaie.

Mais en admettant même qu'on puisse espérer arriver à un résultat favorable en employant un instrument puissant, le volume qu'on est obligé de lui donner pour augmenter sa puissance, la longueur exagérée mais nécessaire des becs, qui, manœuvrant dans une vessie déjà malade, ne peuvent manquer de la froisser et de l'enflammer davantage, le grand nombre de fragments produits par la désagrégation de la pierre et nécessitant de nombreuses et laborieuses séances de détail, toutes ces considérations, disons-nous, font qu'on hésite beaucoup dans le cas de calculs volumineux avant d'avoir recours à la lithotritie, et que le plus souvent on se décide à tailler les malades.

La dureté de certains calculs vésicaux est telle, qu'on pourrait littéralement en tirer des étincelles comme s'ils étaient de véritables silex ; mais ceux-là sont bien rares et d'une observation exceptionnelle. La taille est évidemment, une fois la résistance qu'ils présentent au lithotriteur appréciée par une exploration attentive, l'opération qui leur convient.

Il en est d'autres qui, sans offrir une aussi grande dureté, sont néanmoins assez résistants pour faire renoncer au broie-

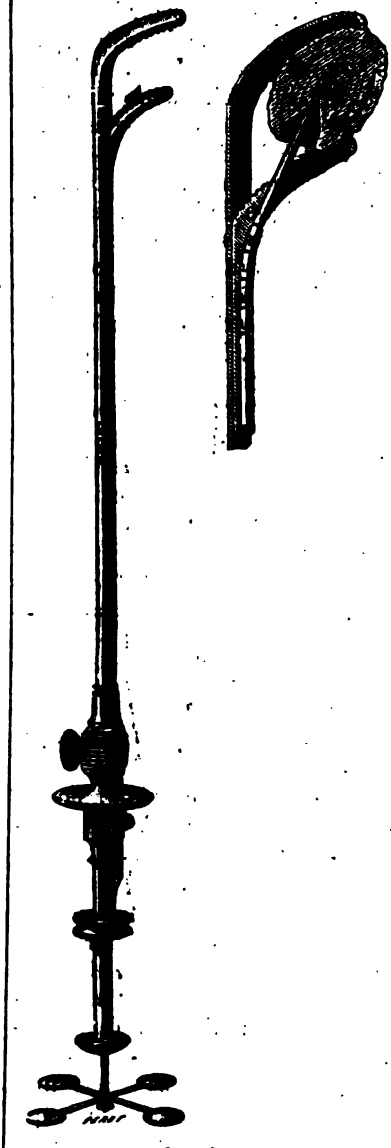
ment, alors même que leur volume est peu considérable. — Leur résistance à l'action des instruments destinés à les broyer tient surtout à la cohésion parfaite des molécules pierreuses, fait bien connu de tous les chirurgiens qui font une étude spéciale de la lithotritie.

Il suffit, en effet, de répéter *en dehors* de la vessie une expérience que pour notre part nous avons faite maintes fois, pour se convaincre de la vérité de ce que nous avançons. — Etant donné un calcul vésical ou une pierre calcaire quelconque résistant sans éclater à l'action d'un instrument déployant une force calculée (percussion, pression), si l'on vient à l'entamer, c'est-à-dire à détruire de 1, 2, 3 ou 4 points la cohésion des couches qui le forment, on est parfois très-surpris de voir la facilité relative avec laquelle on parvient alors en le soumettant à une force bien moindre à le fragmenter.

L'expérience peut être pratiquée de différentes manières : la plus simple et a plus probante est la suivante. — Un calcul est placé sur une surface résistante (enclume, dalle, pavé, etc.), on laisse tomber sur lui d'une hauteur donnée un poids de x grammes ; il résiste, on recommence en augmentant à la fois et la hauteur d'où tombe le corps destiné à broyer le calcul et son poids lui-même ; puis, en supposant que le corps étranger résiste encore, on le perfore en plusieurs points avec un instrument *ad hoc* et l'on recommence l'expérience ; presque toujours alors on le voit se briser sous le choc du premier poids qui, lorsqu'il était intact, n'avait pu l'ébranler suffisamment pour détruire la cohésion des particules pierreuses dont il est formé.

Frappé de ces faits, nous avons imaginé le brise-pierre perforateur qui fait le sujet de cet article, et que M. Collin a construit pour nous avec son talent habituel.

Cet instrument offre la même forme et les mêmes dimensions que les lithotriteurs ordinaires, c'est-à-dire qu'il réunit les conditions les plus favorables à la préhension des calculs vésicaux ; dans la branche mâle se trouve renfermée une chaîne de Vaucanson terminée à l'extrémité vésicale par une fraise d'acier trempé affectant la forme dite *langue de carpe*, et à l'extrémité manuelle



NOUVEAU BRISE-PIERRE PERFORATEUR (Premier modèle) du Dr MOREAU-WOLF

par un pas de vis correspondant à un petit volant qui permet de lui imprimer un mouvement de rotation et de propulsion en avant, puis en arrière lorsqu'elle est parvenue au terme de sa course. — L'instrument est du reste assez simple

pour que la vue seule de la figure ci-contre permette aisément d'en saisir le mécanisme (1).

La manœuvre de ce lithotriteur est des plus faciles. — Une fois introduit on va à la recherche du calcul et on le saisit de la même manière qu'avec les instruments ordinaires. — Une fois le corps étranger saisi entre les mors de l'instrument, on s'efforce de le charger à fond, c'est-à-dire de le placer bien en équilibre et aussi bas que possible entre les becs : on le fixe solidement dans cette position, puis avec une vis de pression on empêche la branche mâle de glisser ; on fait alors agir le volant et par conséquent la fraise perforatrice (1).

Quand la fraise est parvenue au bout de sa course on la fait rentrer dans l'épaisseur de la branche mâle en imprimant au volant et par suite à la vis qu'il surmonte un mouvement de rotation en sens inverse. — On dégage alors la pierre qu'on laisse retomber doucement dans le bas-fond de la vessie, ou on va la chercher de nouveau pour recommencer la manœuvre 2, 3, 4, 5 ou 6 fois si on le juge nécessaire, ce qu'il est aisé d'exécuter promptement et sans souffrance pour le patient pour peu qu'on ait l'habitude de pratiquer la lithotritie. — On retire alors le perforateur et si le malade est bien disposé, on lui substitue dans la même séance, sinon 2 ou 3 jours après, un brise-pierre porte-à-faux avec l'aide duquel on parvient généralement alors, soit par la percussion, soit par la pression à briser le calcul.

En admettant même que les premières perforations pratiquées avec notre instrument ne soient pas suffisantes pour permettre au porte-à-faux de briser le calcul, on n'en aura pas moins au prix d'une séance ordinaire de lithotritié, diminué le corps du poids étranger de 0,80, 1 gr. 20, 1 gr. 60, 2 grammes selon qu'on l'aura perforé 2, 3, 4 ou 5 fois ; chaque opération de ce genre (ainsi que nous l'avons constaté sur plusieurs calculs urinaires de différentes natures) produisant en moyenne de 0 gr. 35, à 0 gr. 50 de poudre impalpable. — Il est donc bien évident que si la dureté de la pierre permet de l'attaquer par le moyen de notre instrument, en pratiquant un certain nombre de perforations, on finira par y creuser de tels puits qu'il arrivera un moment ou considérablement amoindri elle cédera à l'instrument classique et que ses débris seront promptement détaillés et expulsés. — Nous le répétons, ce résultat sera obtenu par l'introduction et la manœuvre d'un instrument aussi facile à introduire et à manier que ceux qu'il emploie journellement.

Il nous a été déjà permis deux fois, en nous servant de notre perforateur, de mener à bien le broiement de calculs vésicaux, sinon très-volumineux, puisque l'un que portait M. G... ancien maire de Clamecy, malade que nous avait adressé notre très-distingué confrère le Dr Maringe de cette ville, ne mesurait que 0m,03 sur 0m,048 et l'autre 0m,05 sur 0m,035 mais assez durs pour nous faire renoncer à toute nouvelle tentative de broiement, si nous n'avions pas eu à notre disposition l'instrument en question.

Ni la percussion, ni la pression n'avaient pu venir à bout, en effet, de la dureté de ces corps étrangers qui étaient composés, l'un d'acide urique, et l'autre de couches alternatives d'urate d'ammoniaque, de phosphate et d'oxalate de chaux.

Ces deux lithotrities ont été faites avec le premier modèle de notre instrument, qui quoique très-imparfait encore, nous a rendu un signalé service en nous permettant de débarrasser complétement par la lithotritie nos malades en 3 ou 5 séances dans l'espace de trois semaines environ, alors que vu la dureté

(1) Dans un dernier modèle de ce brise-pierre perforateur nous lui avons fait adapter la poignée à écrou brisé modèle Robert et Collin, ce qui, grâce à l'adjonction d'un ressort à boudin, permet au chirurgien d'obtenir toujours et facilement une pression continue des becs de l'instrument contre le calcul.

des calculs, la taille seule semblait possible.

Il est bien entendu que nous ne prétendons pas que cet instrument est capable d'attaquer heureusement toutes les pierres vésicales, mais nous croyons que 9 fois sur 10, dans le cas de pierres dures ou volumineuses, il permettra d'opérer par la lithotritie des malades dont la taille sans lui, aurait été la seule ressource.

Dr Moreau-Wolf.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Secours à donner aux blessés sur le champ de bataille (1).

Malgré tout le courage dont sont doués les hommes qui se livrent à l'exercice de la chirurgie à la suite des armées, il est impossible qu'ils se trouvent à la fois partout où des blessés réclament leurs soins.

Les hémorrhagies, les fractures compliquées, etc., demandent de prompts secours; un instant de retard compromet la vie d'un blessé.

Percy et Larrey avaient institué pour cela un corps d'infirmiers, appelés *brancardiers*, destinés à aller ramasser les blessés sous le feu de l'ennemi, et à les transporter à l'ambulance. On ne les a employés que quelque temps, M. Amussat désirerait qu'on les rétablit, qu'on leur apprît à mettre le doigt dans une plaie pour comprimer un vaisseau ouvert, qu'on l'enseignât aux soldats, pour le faire sur eux-mêmes ou sur leurs camarades, comme on leur apprend à donner les premiers secours à des noyés; il voudrait en outre que le brancard destiné à transporter les blessés fût muni de plusieurs appareils d'une facile et prompte application, mais dont le détail serait trop long ici.

Le blessé est remis entre les mains d'un chirurgien qui, reconnaissant que le sang qui s'écoule vient d'une artère, doit mettre de suite son doigt indicateur gauche au fond de la plaie, pour comprimer directement l'extrémité du vaisseau comme s'il voulait le refouler dans les chairs.

M. Amussat croit que c'est le moyen le plus sûr de se rendre maître de l'hémorrhagie de l'artère la plus volumineuse et la plus profondément située.

Les autres moyens communément employés, sont presque toujours insuffisants. Le garrot et le tourniquet n'arrêtent pas complétement l'hémorrhagie, et n'empêchent pas le sang de revenir par les collatérales. En outre, le tourniquet se dérange facilement; il a besoin d'être appliqué par un homme de l'art, qui en est d'ailleurs bientôt dépourvu, s'il a beaucoup de blessés à la fois, tandis qu'il n'est personne qui ne puisse plonger son doigt au fond d'une plaie, et comprimer une artère ouverte, en se dirigeant en cela, sur le jet de sang qui vient continuellement frapper le bout de ce doigt. Ce moyen offre plusieurs avantages : le chirurgien, l'index ainsi placé, débridera la plaie, fera les incisions nécessaires, et découvrira le vaisseau avec d'autant plus de facilité, que ses battements lui indiqueront sa position; ajoutons que la pression de ce doigt sur l'extrémité de l'artère, favorise la formation du caillot *interne*, qui n'aurait pas lieu, si le vaisseau était comprimé entre le cœur et la blessure.

Cette pratique si simple, demande cependant de la part du chirurgien un courage et un sang-froid difficiles à acquérir. Ce n'est que par l'habitude qu'on peut se faire à l'aspect du sang; quelque pénibles que soient des expériences sur les animaux vivants, elles sont cependant indispensables pour cela. Des leçons pratiques sur ce sujet seraient très-utiles aux jeunes chirurgiens militaires.

Il arrive souvent qu'au moment où on vient pour arrêter l'hémorrhagie, celle-ci n'a plus lieu, parce qu'un caillot s'est formé dans l'artère. Ce serait une grande faute de refermer la plaie sans compri-

(1) *Suite*, voir le n° du 1er mai.

mer, une hémorrhagie ou un anévrisme consécutifs en seraient la suite, si ce vaisseau ouvert avait un certain volume. Il faut, au contraire, rechercher l'artère, qu'on reconnaîtra, non à un *orifice béant*, mais à un *caillot* globuleux ou conique, et dont la couleur rosée ou brunâtre se distingue de la couleur plus foncée des muscles et des parties voisines. C'est au moyen de ce caillot que M. Amussat reconnaît ordinairement les plus petites artères musculaires, qui ont cessé de donner du sang. Il recommande, en outre, de se garder de saisir avec des pinces, l'extrémité de ce petit moignon vermeil, le caillot serait arraché, et l'hémorrhagie reparaîtrait.

Un membre est-il enlevé par un boulet de canon, ou contus et broyé par ce projectile à la fin de sa course? Le chirurgien devra prévenir l'hémorrhagie ou l'épanchement, l'arrêter s'il a lieu, en tordant le principal vaisseau, soit à la surface du moignon, soit au-dessus des parties contuses, ne dut-il différer l'amputation que de quelques instants.

M. Amussat a exposé avec détails ce moyen qu'il propose pour détruire l'occlusion des artères. Il a démontré avec soin le mécanisme sur lequel est fondée la torsion de ces vaisseaux, les procédés divers qu'il pratique, les instruments qu'il a imaginés. Comme il en a été déjà question dans ce journal, nous n'y reviendrons pas (1).

Les pinces de M. Amussat seront désormais indispensables au chirurgien. Sans elles, on ne peut faire la torsion des artères : et dans le cas où on n'adopterait pas ce procédé, elles donnent l'avantage immense de pouvoir faire les ligatures *seul et sans aucun aide*.

M. Amussat a balancé les avantages et les inconvénients de la torsion et de la ligature. La ligature a de grands inconvénients, ils sont plus grands encore à l'armée ; la nécessité d'être deux pour la faire, la rend d'une application difficile, surtout lorsqu'on est privé d'aides intelligents. Les fils qu'on est obligé de laisser dans la plaie, y entretiennent constamment la suppuration, ils peuvent être facilement dérangés dans les transports, ce qui n'arrive que trop souvent ; s'ils sont longs, ils peuvent servir à introduire dans la plaie des miasmes putrides, si on les renferme dans la plaie, les nœuds peuvent déterminer des abcès ou des kystes.

La torsion ne présente aucun de ces désavantages. Seul, sans aide, on peut la pratiquer d'une manière au moins aussi prompte que la ligature. Elle est plus avantageuse que ce moyen, si on conclut d'après les expériences de M. Amussat, sur le cadavre, les animaux vivants, et les opérations qu'il a faites sur l'homme, et dans lesquelles il a appliqué la torsion. Elle n'offre point l'inconvénient de laisser de corps étranger dans la plaie qui puisse y déterminer la suppuration ; *elle seule pourra résoudre* la question de la réunion immédiate.

On a objecté que le bout d'artère tordue pourrait tomber en suppuration. M. Amussat n'a pu le constater sur les animaux, à cause de leur indocilité ; il n'a pas assez de faits pour se décider sur l'homme. Cependant, si l'on observe que ce bout d'artère n'a qu'une ou deux lignes de longueur ; que c'est un tissu homogène et appartenant au sujet, on pensera qu'il devra faire corps avec les parties voisines.

Sur tous les animaux soumis aux expériences, on a vu que ce bout adhérait au tissu cellulaire environnant qui devenait plus épais et plus dense, quelquefois comme ligamenteux.

Dans le cas même où ces *tourillons* celluleux seraient détachés, pourquoi ne seraient-ils pas résorbés, puisque des chirurgiens très-distingués (Laurence, Delpech), affirment que des ligatures de soie n'y déterminent pas la suppuration?

D'après ces raisonnements et les faits que possède M. Amussat, on peut espérer que la torsion sera préférée à la ligature, sinon dans tous les cas, du moins

(1) Voir la *Lancette* des 7 et 9 janvier 1830.

dans un grand nombre, et qu'on appréciera surtout ses avantages dans quelques cas extrêmes et difficiles, réputés auparavant au-dessus des ressources de l'art (1). (*A suivre*).

Du traitement de la convalescence des maladies chroniques et du bon emploi du Vin de Saint-Raphaël, par le Dr Xavier Blanchin.

Le changement qu'a subi, de notre temps, l'opinion des praticiens, sous le rapport du médicament et des aliments diététiques, nous semble digne de fixer l'attention.

Il y a trente ans, en effet, le médecin avait été élevé dans l'idée que presque toutes les maladies étaient des inflammations générales ou locales; ou que le sang, en passant de l'état sain à l'état morbide, loin de s'affaiblir dans sa constitution, s'exaltait au contraire et mettait l'organisme dans les conditions d'un excès de forces qui constituait le fond des maladies.

De ce système de pathologie sortait nécessairement une méthode thérapeutique contraire : c'est-à-dire que toutes les médications mises en pratique devaient avoir pour but de calmer l'organisme et d'atténuer l'excitation du fluide sanguin. C'était le temps de la médecine antiphlogistique, c'était le règne de Broussais. De là les indications de la saignée et de la diète.

Nos idées médicales ont tellement changé, que l'on ne comprend pas la possibilité qu'un tel traitement pût avoir des résultats curatifs heureux dans le plus grand nombre des cas.

Il en est parmi nous qui pensent que la thérapeutique de Broussais était bonne en son temps, mais qu'elle est devenue mauvaise du nôtre. L'explication qu'on en donne est prise de la différence des générations aux deux époques. Nos pères, il y a 50 ans, étaient, dit-on, riches de sang et d'une forte organisation. Nous sommes déchus de tous ces attributs; nos organismes sont débiles, nous sommes pauvres de sang, anémiques enfin.

Et voilà pourquoi nous avons raison d'avoir pris exactement le contre-pied de la médecine antiphlogistique, et de faire une thérapeutique réconfortante avec un régime réparateur. L'anémie est au fond de nos maladies, parce qu'elle est le fond, même de ce que nous appelons notre santé.

Quand on entend dire aujourd'hui que le vin de Saint-Raphaël est entré dans la clinique des hôpitaux depuis plus de vingt ans et qu'il y est d'un usage de plus en plus étendu, il faut donc comprendre que l'eau gommée de Broussais n'y aurait plus rien de bon à faire. Quand on entend dire que le régime des malades est l'alimentation reconstituante, il faut comprendre que les grandes saignées seraient contre-indiquées par l'état anémique qui grève nos organismes.

Il faut donc prendre les temps comme ils sont, et soigner les générations comme elles viennent. Le fait est que, avec la médication tonique et un régime nutritif, nous sommes parvenus à constituer une thérapeutique complète.

Ainsi s'expliquent les excellents effets du vin de Saint-Raphaël. C'est qu'en effet, il facilite la digestion et assure une bonne assimilation. Pris avant le repas, à la dose d'un petit verre de bordeaux, il éveille l'appétit; pris après le repas, à la même dose, il excite la production des sucs digestifs, nécessaires à l'élaboration nutritive.

De tels effets s'expliquent par la composition chimique de ce précieux agent qui se distingue, parmi les vins de liqueur, par une dose de tannin supérieure. Or, on sait que le tannin, comme principe immédiat, se partage avec la partie alcoolique les vertus que l'hygiéniste attribue aux vins qui servent à l'alimentation.

---

(1) La *Lancette française*, 1830, t. III, p. 179.

GYNÉCOLOGIE

—

Note sur les injections intra-utérines, par le Dr C. Beltz.

Nous empruntons à l'*Union médicale du Nord-Est* l'article suivant, qui, exposant d'une façon sommaire et avec une grande clarté l'état actuel de la science sur ce sujet tout à l'étude, sera, nous l'espérons, accueilli avec intérêt par nos lecteurs.

Depuis le mémoire de Mélier paru en 833, les injections intra-utérines ont été l'objet de bien des controverses. Trop vantées d'abord, elles ne comptaient plus dans ces dernières années que de rares partisans. De nos jours cependant une réaction paraît se faire en leur faveur. Plusieurs thèses de Paris (1868 à 1876) publient les résultats avantageux que d'éminents spécialistes en ont obtenus dans des cas bien déterminés et réduisent à leur juste valeur les accusations qui avaient été dirigées contre elles.

Les injections intra-utérines se pratiquent dans la période puerpérale et en dehors de la puerpéralité. Je vais examiner rapidement quels sont dans ces deux cas les dangers auxquels elles exposent, la manière d'éviter ces dangers et leurs principales indications.

I. — En dehors de la puerpéralité.

Les accidents les plus sérieux qui leur ont été imputés sont, par ordre de gravité, la péritonite, la pelvipéritonite, la métrite et les accidents purement nerveux.

PÉRITONITE. — La péritonite pelvienne ou générale peut résulter de l'extension au péritoine d'un processus inflammatoire de l'utérus ou de ses annexes. Cette inflammation peut être déterminée par l'injection ou bien lui préexister et passer sous son influence d'un état en quelque sorte latent à l'état aigu.

Dans ces derniers temps il a été constaté que du pus renfermé dans les trompes enflammées peut tomber dans la cavité péritonéale pendant les manœuvres de l'injection et y provoquer rapidement une péritonite partielle ou généralisée. Ces faits sont admis par tous les auteurs; mais on a voulu faire intervenir une autre cause de la péritonite sur laquelle l'accord n'existe plus : c'est la pénétration du liquide injecté dans l'abdomen par les conduits des trompes de Fallope.

Comme cette question a été très-controversée et que beaucoup de médecins repoussent les injections intra-utérines à cause de la crainte que leur inspire cette pénétration, je vais y consacrer quelques développements.

Hourmann, médecin de Lourcine, appela le premier l'attention sur ce point dans l'année 1840 et chercha à l'éclairer par des expériences cadavériques entreprises par MM. d'Astros et Sappey, internes de son service. Ces expériences furent répétées à la même époque par Vidal de Cassis et Briquet, puis reprises plus tard par MM. Guyon et Alphonse Guérin et enfin par M. Guichard en 1870.

Voici les principales conclusions de leurs recherches.

Sur le cadavre et en dehors de la puerpéralité, les liquides injectés dans l'utérus pénètrent assez facilement dans les trompes; le passage du liquide est d'autant plus facile que l'injection est poussée avec plus de force; que le jet est plus continu; que la canule est plus comprimée par le col.

Contrairement à Hourmann, M. Guyon conclut que les injections vaginales même forcées ne pénètrent pas dans le corps de l'utérus.

Ces résultats, quoique pouvant être évités même sur le cadavre en opérant avec la même précaution que sur le vivant (Vidal, Guichard), seraient la condamnation des injections intra-utérines si les choses se passaient pendant la vie comme après la mort. Mais les anatomistes n'admettent pas les déductions que les adversaires des injections en avaient tirées; M. Richet en particulier a fait ressortir les obstacles que les trompes opposent sur le vivant à l'entrée des liquides et déclare qu'il est difficile de

croire à la possibilité d'un pareil accident, à moins que ces organes ne soient altérés dans leur texture.

D'un autre côté la pénétration des injections utérines dans les trompes sur le vivant n'a jamais été démontrée péremptoirement par l'observation.

Les péritonites foudroyantes qui se déclarent quelquefois immédiatement après l'injection, comme d'ailleurs après toute espèce d'opération pratiquée sur l'utérus, trouvent leur explication dans l'inflammation des trompes qui peut gagner le péritoine ou dans la pénétration intra-péritonéale du pus renfermé dans leur cavité. (Thèse de M. Seuvre.)

En résumé on peut conclure de ce qui précède que l'introduction sur le vivant des injections intra-utérines dans les trompes n'est pas démontrée. Toutefois je crois que M. Guichard va trop loin en la considérant comme une chimère ; les prudentes réserves de M. Richet méritent d'être prises en sérieuse considération (1).

Métrite. — Il est hors de doute que les injections utérines ont été suivies de métrites plus ou moins graves ou ont rappelé à l'état aigu des inflammations chroniques de la muqueuse et du parenchyme de l'utérus. Il ne faut pas perdre de vue que les liquides caustiques agissent dans ces cas comme des agents substitutifs et qu'il est difficile de ne pas dépasser la limite entre la métrite et l'inflammation en quelque sorte artificielle qui est le résultat de leur mode d'action.

Accidents nerveux. — Ils peuvent dépendre des conditions dans lesquelles se fait l'opération, mais toutes choses égales d'ailleurs, ils sont très-variables en raison de l'impressionnabilité des malades et du degré de sensibilité de la matrice.

On les distingue en accidents locaux et en accidents généraux ; les premiers se traduisent par les manifestations bien connues de la douleur utérine ; les seconds par la lipothymie, la syncope et les attaques hystériques ou hystériformes.

Procédé opératoire. — Après avoir fait le bilan des dangers que peuvent entraîner les injections, je vais examiner d'une façon succincte la manière de les éviter ou d'en atténuer les effets. Les précautions recommandées dans ce but se rapportent à la malade et au procédé opératoire.

Voici en ce qui concerne la malade les règles les plus indispensables : ne jamais opérer au moment de la fluxion qui précède ou suit la période cataméniale ; s'assurer, par un examen minutieux de l'état du péritoine pelvien et des annexes, de la sensibilité et de la mobilité de l'utérus ; demander au cathétérisme utérin tous les renseignements qu'il peut fournir. Si les orifices du col sont rétrécis il faut les dilater par l'éponge préparée ou le laminaria.

Enfin si rien ne presse, il est bon avant d'agir d'observer le plus longtemps possible la malade et la maladie.

Quant aux procédés, ils sont basés sur les notions plus justes que l'on possède aujourd'hui de la capacité utérine. Il est essentiel en effet que l'utérus ne soit pas distendu par le liquide injecté ; c'est pourquoi il faut le faire pénétrer en petite quantité, très-doucement et s'assurer de son reflux, soit entre la canule et le col, soit par la canule même si on se sert d'une sonde à double courant.

Les liquides employés varient en raison du but qu'on se propose : solution étendue d'un sel de plomb, de fer ou de zinc si l'on veut un effet astringent ; solution argentique concentrée, teinture d'iode ou perchlorure de fer purs si on cherche un effet de substitution.

Dans tous les cas il est bon de faire une ou plusieurs injections d'eau tiède avant l'injection médicamenteuse ; cette pratique, outre l'avantage de nettoyer la cavité utérine et de désobstruer le col, permet de tâter la susceptibilité de l'organe et de mesurer la quantité de liquide qu'il peut contenir.

Je ne peux pas entrer ici dans les dé-

(1) L'hématocèle cataméniale ou par rétention vient à l'appui des remarques de M. Richet.

tails, de l'appareil instrumental; dire qu'Hourmann s'était servi du clysopompe tandis que MM. Pajot et Gallard emploient une seringue graduée de la contenance de 4 grammes, c'est indiquer suffisamment les modifications qu'il a subies. Les sondes doivent remplir ces deux conditions de pénétrer facilement dans le col et de permettre le reflux du liquide injecté.

M. Gallard recommande une sonde en gomme ordinaire n° 10 de la filière Charrière, qu'il introduit à l'aide des pinces utérines après avoir appliqué le spéculum de Cusco dont une valve doit être en avant et l'autre en arrière du col, afin que l'injection ne puisse pas léser le vagin en sortant de l'utérus.

INDICATIONS. — Voici quelles sont à ce sujet les conclusions de M. Guichard qui résument la pratique de M. Gallard : « Les injections utérines sont un moyen de traitement énergique; elles doivent être réservées pour des cas pathologiques bien déterminés et après un examen minutieux des organes génitaux internes de la femme. Leur indication capitale réside dans la métrite interne chronique à forme hémorrhagique.

» Dans ce cas le liquide qui a paru offrir le plus d'avantages a été le perchlorure de fer à 30°.

» Les injections intra-utérines ont été suivies d'heureux résultats dans les cas de métrite interne avec occlusion des orifices chez les vieilles femmes, dans les cas de rétention du flux menstruel, d'hémorrhagies dues à des tumeurs fibreuses et dans le cancer de la matrice. »

On le voit, pour M. Gallard l'indication de la méthode des injections est dans l'hémorrhagie passive symptomatique de l'utérus. Il y a renoncé dans l'endométrite chronique catarrhale. Marion Sims, au contraire, y a recours dans ce dernier cas quand les autres moyens sont insuffisants.

M. Strohl, de Strasbourg, cite 29 cas de leucorrhée traités avec succès par l'injection d'eau blanche étendue (2 à 4 sur 500) ou de sulfate de zinc très-dilué; mais les malades de M. Strohl étaient dans le service des vénériennes; il est donc probable qu'elles étaient affectées de leucorrhée blennorrhagique. M. Alphonse Guérin obtient dans des cas analogues des résultats satisfaisants par l'injection de solutions de sulfate de zinc 1/200.

La guérison du catarrhe chronique non virulent exige au contraire l'emploi de modificateurs énergiques. Je dois dire pour terminer que des hommes très-autorisés, parmi lesquels MM. Nonat et Courty, repoussent dans tous les cas cette méthode de traitement, ou se bornent aux injections d'eau tiède, avant de porter les topiques dans la matrice. S'il m'était permis de parler du sujet autrement qu'en historien, je formulerais ainsi mon opinion :

Les injections intra-utérines doivent être employées dans les différentes formes d'hémorrhagie signalées plus haut lorsque la santé des malades est profondément altérée et que les autres moyens de traitement n'ont pas réussi ; *melius est anceps medicamentum quam nullum.*

II. — Des injections intra-utérines dans les suites de couches.

Il est reconnu aujourd'hui que les injections de liquides émollients ou aromatiques faites avec les précautions nécessaires dans les affections puerpérales qui en réclament l'emploi n'offrent aucun danger. Il n'en est pas de même des injections caustiques ou irritantes qui sont d'autant plus dangereuses après l'accouchement que l'utérus n'est alors protégé que par une muqueuse dépourvue d'épithélium (Robin) ; on sait d'ailleurs avec quelle facilité pendant cette période l'inflammation utérine s'étend au péritoine.

Quant à la pénétration de l'injection dans les trompes elle est si difficile même sur le cadavre, qu'elle avait été niée par Hourmann et Danyau.

Fontaine est parvenu cependant à la réaliser, mais en se plaçant dans des conditions qui ne se rencontrent jamais sur le vivant.

On a accusé aussi les injections faites après l'accouchement d'exposer à l'in

troduction de l'air ou de l'eau dans les sinus utérins ; mais les observations sur lesquelles s'appuie cette assertion sont toutes passibles de sérieuses objections. La question est d'ailleurs très-complexe. En effet, la mort subite des femmes en couches a été attribuée, dans certains cas, à l'entrée spontanée dans le sang de gaz développés dans la matrice ; d'autre part on sait aujourd'hui qu'à la suite d'une hémorrhagie abondante l'air peut passer dans les veines, de sorte que si dans ces conditions l'autopsie révélait de l'air libre dans le sang après une injection utérine, on ne serait pas autorisé à conclure que c'est l'injection qui l'a fait pénétrer. Mentionnons encore parmi les causes d'erreur l'existence des embolies gazeuses (Coze et Michel) et les gaz produits par la putréfaction. Toutefois il est prudent de tenir compte de la possibilité de cet accident et d'écarter les causes qui pourraient le favoriser.

Ainsi il ne faut pas faire pénétrer l'injection avec violence et assurer le retour du liquide ou de l'air introduits dans la matrice.

Ici le meilleur instrument est la sonde à double courant qui, à ce moment, pénètre facilement dans le col ; celle que recommande le professeur Stoltz me paraît la plus avantageuse. Quel que soit d'ailleurs l'instrument préféré, il est important que la sonde destinée au retour de l'injection soit d'un diamètre assez grand pour permettre l'issue facile des caillots ou des débris de placenta qui peuvent se trouver dans l'utérus ; l'injecteur peut être une seringue de fort calibre ou un irrigateur Éguisier.

Les injections faites avec de l'eau tiède ou des liquides légèrement astringents et antiseptiques sont surtout destinées à combattre la résorption putride. (1) On doit les employer chaque fois que les lochies deviennent fétides, soit dans le cours d'une maladie puerpérale, soit dans les cas de putréfaction de caillots retenus ou de fragments de placentas décomposés. Je n'insisterai pas sur une pratique qui est recommandée aujourd'hui par la généralité des accoucheurs et à laquelle M. Stoltz a donné la sanction de sa grande autorité. Elle trouva son indication après les fausses couches comme après l'accouchement à terme.

Mais les injections intra-utérines ont été préconisées aussi comme hémostatiques dans les hémorrhagies de la délivrance et des suites de couches. Les liquides employés dans ces cas sont astringents ou caustiques : eau glacée, vinaigre ; solutions plus ou moins concentrées de nitrate d'argent, de teinture d'iode, de perchlorure de fer. En Angleterre, où cette méthode compte le plus de partisans, on se sert même du perchlorure à 30° et de teinture d'iode pure.

Ces tentatives hardies furent bientôt suivies d'accidents mortels, et en 1872 la question de l'opportunité de cette pratique fut posée devant la Société obstétricale de Londres.

Il y fut constaté que dix cas de mort au moins devaient être attribués aux injections de perchlorure de fer ; les autres furent mis sur le compte du shock et de l'épuisement. Malgré ces résultats, l'opinion de la majorité des membres ne fut pas défavorable à la méthode des injections. En France, elle n'a pas trouvé beaucoup d'adeptes. Quelques observations tendent à prouver, il est vrai, que la teinture d'iode et l'alcool pur agissent avec autant de puissance et moins de dangers que le perchlorure de fer ; mais les faits ne sont pas assez nombreux pour juger la question. En pareille matière l'expérimentation est chose périlleuse ; d'ailleurs les moyens classiques employés contre l'inertie utérine (et l'électricité trop peu usitée peut-être) sont assez efficaces pour qu'on n'ait recours qu'à la dernière extrémité à une méthode si hasardeuse.

(1) Pour les observations : voir la thèse de Komoronski, Paris, 1876, et Bulletin de la *Société de Médecine* de Reims 1873. — Observation de M. Henrot.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Chorée invétérée. — Insuccès de nombreuses médications. — Traitement par le valérianate d'atropine. — Guérison.

Hyppolite L..., 9 ans, aide-monteur dans un atelier de construction, atteint de chorée depuis huit mois, se trouve dans l'impossibilité, non-seulement de se livrer à aucun travail, il ne jouit même pas de la faculté de se mouvoir. La marche est tellement désordonnée, qu'il est obligé de garder le repos le plus complet. Le même effet se produit quant aux membres supérieurs, dont l'usage n'est plus sous la dépendance de sa volonté. On est obligé de le nourrir comme un petit enfant. Mouvements involontaires de la tête, de la langue, avec grimaces variées. Enfin, ce garçon, à la moindre émotion, se sent tout le corps pris de contractions qu'il ne peut maîtriser et qui augmentent même dès que sa volonté veut se faire sentir. Ainsi que sa famille, il se trouve dans une désolation affreuse, n'ayant rien obtenu jusqu'ici des nombreux moyens qu'il a employés.

Ce malade a été soumis successivement à l'usage de l'opium, des sels de morphine, du chloral, de la valériane, de la belladone, de l'ésérine, sans obtenir autre chose qu'un calme momentané. Il a fait un usage prolongé de l'arsenic et des bains froids, sans plus de résultat. Après un mois de suspension de tout traitement, les parents ayant demandé de s'en rapporter pendant quelque temps à l'action de la nature, l'état convulsif général était resté le même, mais la santé était bonne et l'appétit excellent. Les fonctions digestives avaient lieu régulièrement. Le petit malade se trouvait donc dans de bonnes conditions pour essayer une nouvelle médication. On faisait beaucoup espérer du valérianate d'atropine contre les affections nerveuses et surtout convulsives. Ce fut alors qu'il fit usage de cet agent thérapeutique préparé selon la formule du docteur Michea, par M. Lemaire, pharmacien-chimiste, sous forme de granules à un demi-milligramme. Le malade prit matin et soir un de ces granules.

Huit jours se passent sans amélioration sensible. Néanmoins, le même traitement est continué la semaine suivante. A la fin de celle-ci, il y a, au dire du malade, un amendement sensible, il se sent plus calme, plus tranquille.

Voulant nous conformer aux indications de l'auteur, nous donnons le conseil de suspendre le médicament pendant huit jours. Après ce laps de temps, quelle n'est pas notre surprise de trouver notre petit malade considérablement amélioré. Contre notre avis, il avait continué les granules, en en prenant deux matin et soir. Il en était si heureux, qu'il en aurait trop pris si on avait laissé le médicament en sa possession. Il ne s'agissait plus de parler de suspension de traitement; il le continua régulièrement à la même dose. Au bout de trois semaines, L... pouvait manger la soupe à la cuillère. Si la marche n'était pas encore tout à fait assurée, pour prendre la rue, il pouvait au moins circuler dans la maison. La guérison fut complète après cinq semaines de traitement. Trois mois après, il n'y avait pas eu de récidive.

Ce succès dans un cas aussi invétéré, fait espérer que le valérianate d'atropine pourra également réussir dans les autres névroses, parfois si rebelles.

Mode d'administration. — Doses. En raison de l'énergie de son action, le valérianate d'atropine doit être préparé avec un soin tout particulier. C'est pour

cette raison que M. le Dr Michea a confié la préparation de ce puissant modificateur à un pharmacien-chimiste aussi intelligent que consciencieux.

Ce médicament s'administre sous forme de granules de un demi-milligramme. Les doses varient selon les indications, dans le traitement de l'épilepsie, de l'éclampsie, de l'hystérie, de la chorée, de l'asthme essentiel ou spasmodique, de la migraine, de la toux nerveuse, des palpitations du cœur, des convulsions, de l'oppression, de la coqueluche, depuis un demi-milligramme jusqu'à 2 et 4 milligrammes dans les 24 heures. On commence par un demi-milligramme pour passer à un milligramme, au commencement de la seconde semaine de traitement. Au bout de quinze jours, on cesse l'usage du médicament, et on laisse reposer le malade pendant deux semaines. Puis on revient à l'emploi du remède, qui est encore suspendu au bout de quinze jours. La durée du traitement, ainsi repris et interrompu, varie de deux à six mois.

Il ne faut jamais dépasser le nombre de deux granules par jour chez les enfants, et de quatre chez les adultes.

(*Le Scalpel.*)

De la résolution des bubons vénériens par la méthode de la brique chaude, par le Dr Huillet. — La suppuration des bubons offre de tels dangers que le médecin doit faire tous ses efforts pour arriver à la conjurer. Je sais bien qu'elle n'est pas toujours possible; que dans les adénites chancreuses par suite de l'inoculation des ganglions lymphatiques par le pus chancreux, la suppuration est la règle; mais tous les bubons ne sont pas virulents; d'après les statistiques de M. Debauge, il y en a un bon tiers qui n'est pas inoculable et rentre par conséquent dans la catégorie des bubons sympathiques soit essentiels (bubons d'emblée), soit symptomatiques de blennorrhagie ou de chancre simple; enfin tous ceux qui accompagnent le chancre induré se terminent habituellement par résolution, à moins de complication strumeuse ou autre. Dans tous ces cas, les moyens abortifs peuvent être couronnés de succès. La meilleure méthode à suivre pour obtenir un résultat si désirable est sans contredit celle de la compression par la brique chaude combinée avec les autres ressources de la thérapeutique des bubons. Je ne trouve l'usage de la brique chaude mentionné dans aucun de nos livres classiques sur la matière; mais on s'en sert depuis si longtemps dans nos hôpitaux maritimes qu'ils doivent en revendiquer la paternité. Je lui dois, comme la plupart de mes anciens collègues, un large tribut d'éloges pour les nombreux cas de réussite qu'elle m'a valus.

La manière de l'employer est bien simple : il suffit de se procurer une brique pleine, mesurant 4 centimètres d'épaisseur sur 10 à 11 centimètres de longueur environ. Après l'avoir fait fortement chauffer, on l'enveloppe dans une serviette ou une grande compresse plusieurs fois enroulée et on l'applique sur le bubon préalablement rasé; au bout de 3 ou 4 heures, on la remplace par une autre chauffée à l'avance, de manière à ce que le traitement qui doit durer habituellement de vingt-cinq à trente jours, ne subisse aucune interruption.

Ce qui caractérise cette méthode et en assure les bons effets, c'est qu'elle possède une double action : 1° celle de la compression qui force les liquides extravasés de l'inflammation ganglionnaire et le trop plein des vaisseaux engorgés à rentrer dans le torrent de la circulation : 2° celle de la chaleur qui aide à cette rétrocession et favorise en même temps l'absorption des pommades fondantes qu'on peut appliquer à l'extérieur. Aucun autre système de compression ne présente ces deux avantages réunis : ni le spica destiné à maintenir des compresses graduées, ni le bandage herniaire, ni la planchette ovale préconisée par M. Ricord, appareil dont la complication contraste avec la simplicité de la brique si facile à trouver en tout lieu et à bon marché.

Pour faire rendre à cette méthode tous les avantages qu'on est en droit d'en attendre, il faut employer concurremment avec elle les autres moyens du traitement résolutifs des bubons tels que : le repos au lit, la position du membre inférieur, les antiphlogistiques, les fondants et enfin les médicamentations internes et externes de la syphilis.

Le repos au lit est une des premières conditions à remplir pendant toute la durée du traitement.

Le patient gardera la position horizontale, et le membre du côté malade sera mis dans un léger degré de flexion, de manière à diminuer la tension des aponévroses, surtout quand il s'agit des bubons profonds.

Les application de sangsues seront subordonnées à l'intensité de l'inflammation ganglionnaire : on leur associera les cataplasmes émollients, les bains tièdes, la diète, les boissons rafraîchissantes et diurétiques, et quelques purgatifs salins, de manière à éteindre le plus vite possible les phénomènes inflammatoires.

On commencera alors l'usage de la brique chaude, en même temps qu'on emploiera les pommades fondantes à l'onguent mercuriel ou à l'iodure potassique. Il faudra donner aussi des soins au chancre et en combattre l'irritation par des bains locaux émollients et l'interposition entre le prépuce et le gland de charpie imprégnée de liquides adoucissants. Enfin on administrera un traitement général qui comprendra non-seulement celui de la syphilis, mais encore celui des complications anémique, lymphatique, contre lesquelles on mettra à contribution les amers, les toniques, les reconstituants joints à un régime fortifiant.

Il serait trop long de rapporter ici les nombreuses observations que j'ai pu faire sur les bâtiments de guerre, dans les hôpitaux des ports et des colonies, et dans ma pratique civile, à l'appui de la méthode de la brique chaude telle que je viens de l'établir ; je me contenterai d'en résumer deux, extraites de ma clientèle à Nice.

En 1872, chez M. B..., bubon inflammatoire du côté gauche, chancre simple irrité sur le prépuce à gauche, et blennorrhagie aiguë. Application de 20 sangsues sur la partie préalablement rasée, cataplasmes de farine de graines de lin, bains locaux émollients, tisane de chiendent avec 2 grammes de nitrate de potasse ; 2 potages légers. — 2e jour, grand bain le matin et dans la journée, purgatif au sulfate de soude ; mêmes soins locaux. — 3e jour, nouvelle application de 15 sangsues. — 4e jour, diminution de l'inflammation du chancre et du bubon ; un grand bain le matin ; onctions avec onguent mercuriel matin et soir et application de la brique chaude ; une cuillerée à soupe de liqueur de Van-Swieten le matin à jeun, et le soir une cuillerée à soupe d'une solution d'iodure potassique à 0,50 ; lait, régime fortifiant. L'adénite marche vers la résolution : je remplace l'onguent mercuriel par une pommade à l'iodure potassique ; continuation sans interruption de la brique chaude. Guérison complète du bubon et du chancre 25 jours après le commencement du traitement.

M. de C. vint le 23 octobre de l'année passée à ma consultation : première infection syphilitique à la suite d'un coït remontant à seize jours et suivi immédiatement après d'une légère ulcération siégeant sur le côté du prépuce ; bubon du même côté ayant débuté depuis huit jours environ. Ce jeune homme est en outre porteur d'une hernie inguinale également à gauche dont il ne s'était jamais plaint jusqu'à présent et contre laquelle il n'avait pas porté de bandage. Le bubon est subinflammatoire, le chancre non irrité. Application de 15 sangsues ; cataplasmes émollients ; bains locaux ; le lendemain matin grand bain et administration d'un purgatif salin ; le surlendemain onctions avec une pommade à l'iodure potassique et application de la brique chaude ; une cuillerée à soupe de liqueur de Van-Swieten le matin et une autre d'une solution d'iodure potassique à 0,50 le soir. L'ulcération se guérit rapidement en huit jours ; le bu-

bon se résout peu à peu. Le 19 novembre vingt-six jours après le commencement du traitement, le malade est guéri et sort muni d'un bon bandage herniaire inguinal. (*Nice médical.*)

Coagulation du pus dans les abcès, par les pulvérisations d'éther à l'aide de l'appareil de Richardson. — Difficulté de pratiquer l'aspiration dans cette circonstance, par le Dr H. Cassien. — Le 26 février, je fus appelé auprès de la dame R..., atteinte de scrofule et portant au cou de nombreuses cicatrices consécutives à des adénites dont elle avait été affectée pendant son enfance. Cette malade me demande des soins pour une tumeur siégeant à la région fessière gauche et qui s'est développée graduellement et sans douleur aucune depuis environ vingt jours. Cette tumeur est parfaitement isolée, son volume comparable à celui du poing, la peau est à ce niveau extrêmement mince, la fluctuation typique, la malade ne ressent aucune douleur sur le trajet de la colonne vertébrale ni sur la surface du bassin. J'ai donc la conviction que j'ai affaire à un abcès froid. L'abcès menaçant de s'ouvrir de lui-même, je propose à la malade une ponction aspiratrice, mais je ne réussis à la lui faire accepter qu'en lui promettant de rendre la partie complètement insensible, en sorte qu'elle ne ressentirait aucune douleur.

Le lendemain, je pulvérise de l'éther avec l'appareil de Richardson sur la partie malade, et lorsque la malade déclare ne plus sentir la piqûre d'une aiguille, j'introduis, à un centimètre de la base de l'abcès, un trocart n° 2 de l'appareil Dieulafoy, après avoir dit à la malade que j'allais retirer le pus contenu dans sa tumeur. J'enlève le trocart, j'adapte la canule au tube communiquant avec la seringue dans laquelle j'avais fait préalablement le vide, j'ouvre le robinet, rien ne vient dans le corps de pompe. J'aperçois derrière moi les regards à la fois inquiets et inquiets des parents de la patiente; on commence à chuchotter que je me suis trompé, que ce n'est point un abcès, mais un nerf qui s'est noué. Je sépare la canule de la seringue; je l'enfonce davantage dans la tumeur et, pensant que des grumeaux avaient pu l'obturer, j'introduis le trocart, qui n'arrive jusqu'au bout qu'avec difficulté. J'adapte de nouveau la seringue, je refais le vide, j'ouvre le robinet; même insuccès. Je commençais à douter de mon diagnostic; je retirai la canule, l'adaptai à la seringue directement et en poussant vigoureusement le piston, j'en fis sortir un cylindre de matière ayant la consistance de la graisse et long de cinq à six centimètres. Je compris alors ce qui, je crois s'était produit. Le pus était coagulé par le froid. En effet, avant de retirer la canule, j'avais voulu lui imprimer quelques mouvements de circumduction et j'avais eu la sensation que procure une tige métallique qu'on promène dans la graisse.

Deux heures après je revins, et, pratiquant une seconde ponction à quelques centimètres de la première et dans la même direction, je pus retirer près de deux cents grammes d'un pus très-épais, mais bien lié, et sans qu'aucun grumeau soit venu entraver cette petite opération.

Ce fait nous a paru bon à communiquer, car nous pensons qu'il est utile de faire connaître de petites mésaventures du genre de la précédente, pour permettre à ceux qui nous lisent de les éviter. Aujourd'hui, on emploie beaucoup les ponctions capillaires, et les malades demandent souvent à bénéficier de l'anesthésie locale pour de légères opérations; il est donc bon de prendre ses précautions et d'être prévenu, car rien n'est plus désagréable que de pratiquer une ponction qui reste sans résultat après avoir assuré au malade et à l'assistance qu'on va retirer une certaine quantité de liquide.

A quoi est dû le premier insuccès relaté dans cette note? Nous n'hésitons pas à penser, comme nous l'avons dit plus haut, que le pus avait été coagulé

par le refroidissement. En effet, sous l'influence du froid amené par les pulvérisations d'éther, le pus contenu dans l'abcès a pris une consistance demi-solide qui rendait impossible son passage dans la canule, et si deux heures après il a pu passer, c'est qu'il avait repris sa consistance première. Nous ferons remarquer que la deuxième ponction a été faite exactement, sauf les pulvérisations d'éther, dans les mêmes conditions. Du reste, voulant savoir si la congélation du pus par les pulvérisations d'éther était possible, nous en avons rempli une fiole de soixante grammes et nous avons pu le voir se solidifier rapidement sous l'influence du froid produit par l'appareil de Richardson. Il est très-probable que dans quelques circonstances des ponctions de pleurésie purulente sont restées infructueuses à cause de la pulvérisation d'éther.

Nous pensons, en conséquence, que lorsqu'on pratique la ponction capillaire d'un abcès, ou même d'une collection liquide limitée, un kyste, par exemple, si on a pratiqué préalablement l'anesthésie locale, il est prudent, pour ne pas avoir de mécomptes, d'attendre au moins trente minutes après avoir introduit la canule avant de procéder à l'aspiration. (*Bordeaux Médical.*)

L'électrisation localisée comme moyen de diagnostic entre la congestion et l'hémorrhagie cérébrales.

L'idée première de cette note a été fournie par le docteur Luys et la constatation scientifique a pu être faite à l'autopsie. M. Fourcauld rapporte l'observation d'une femme atteinte de pleuro-pneumonie ayant occasionné la mort; et pendant le cours de cette maladie on a pu observer deux congestions cérébrales avec hémiplégie. L'électrisation des membres paralysés ne tardait pas à ramener les mouvements, d'où il résulte qu'il y avait seulement congestion en admettant comme une vérité scientifique les affirmations de Duchenne, de Boulogne, sur l'influence thérapeutique de la faradisation dans les cas de paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale. Dans de tels cas, en effet, la faradisation ne produit pas de résultat apparent avant le sixième mois. La conclusion est facile à comprendre: dans les cas de congestion, la faradisation ramène les mouvements au bout de quelques jours au plus, et au contraire, s'il y a hémorrhagie, l'électrisation localisée ne donne de résultat qu'au bout d'un temps beaucoup plus prolongé. Ce moyen de diagnostic différentiel nous paraît digne d'attention et sera à coup sûr employé fréquemment.

(*J. de méd. de Bruxelles.*)

Atonie de la vessie. Injections hypodermiques d'ergotine.

Le professeur von Langenbeck a fait connaître récemment à la Société de médecine de Berlin le traitement qu'il emploie dans cette maladie si fréquente chez les personnes âgées. On sait qu'elle dépend le plus souvent d'une hypertrophie de la prostate et ses symptômes sont connus de tous les médecins; les malades urinent volontairement, mais en petite quantité à la fois; ils ne vident jamais entièrement la vessie, ce qui entraîne à la longue une décomposition ammoniacale des urines et un catarrhe de la muqueuse vésicale. Dans trois cas récents de cette affection, von Langenbeck a employé les injections hypodermiques d'ergotine avec des résultats remarquables. Il a vu la contractilité de la vessie s'accroître rapidement et permettre aux malades d'évacuer une quantité d'urine de plus en plus considérable. L'un de ces cas est celui d'un homme de 62 ans, qui urinait trois à quatre fois par jour, et ne rendait à chaque miction qu'une trentaine de grammes d'urine, tandis que l'introduction du cathéter en évacuait plus d'un demi-litre. Le premier jour on fit une injection sous-cutanée de 12 centigrammes d'ergotine de Bonjean en solution. Le même jour le malade

put uriner plus facilement, et quelque temps après, l'hypertrophie de la prostate, qui existait en même temps, avait notablement diminué. Après quatre injections, l'atonie vésicale était vaincue.

(*J. des sc. méd. de Louvain.*)

Rupture du vagin.... pendant le coït. — On se rappelle l'aventure classique de cet américain qui se rompit la verge la première nuit de ses noces ; voici maintenant la contre-partie de cette histoire — toujours en Amérique.

Une femme de 69 ans fut admise, le 25 novembre 1876, dans les salles de l'hopital général de Montréal, pour une grave hémorrhagie du vagin. Elle a eu sept enfants et n'a pas revu ses règles depuis dix ans. Voici ce qu'elle raconte Son mari, âgé de 70 ans, qu'elle n'avait pas vu depuis neuf ans, était revenu la veille et avait insisté pour avoir des rapports avec elle. Elle s'y refusa d'abord, mais, comme il insistait, elle finit par se rendre à ses désirs. Il lui occasionna une violente douleur, et aussitôt après elle perdit beaucoup de sang par le vagin, de quoi remplir un seau, dit-elle. Puis, en voulant se lever et marcher, elle s'évanouit. C'est alors qu'on la trouva et qu'elle fut transportée à l'hôpital. Quant à son mari — nous traduisons littéralement — il avait décampé (*her husband had decamped*).

L'hémorrhagie persista vingt-quatre heures. On trouva le vagin contracté et raccourci : on percevait à peine le col utérin. Il y avait une déchirure d'un pouce de longueur en arrière du col, sur la paroi supérieure du vagin. La cavité péritoniale ne paraissait pas avoir été ouverte. On prescrivit des injections d'eau chaude aiguisée d'acide phénique et des suppositoires opiacés. Le lendemain, l'hémorrhagie avait cessé, et la malade sortait guérie quatre jours après.

Cette curieuse observation suggère diverses réflexions que chacun fera comme nous. Constatons seulement la vigueur peu commune de ce vieillard, qui en a fait un si mauvais usage.

(*Canada Med. and Surgical Journal*).

L'ergotine dans le catarrhe chronique utérin. — Comme l'ergotine donnée intérieurement produit souvent des phénomènes inquiétants, et que son injection hypodermique est accueillie avec froideur dans la pratique privée, le Dr Goreleitschenko a mis en pratique le procédé de lotionner l'utérus avec une solution d'ergotine, en laissant le pinceau de une à trois minutes dans le canal. Il a traité de la sorte 29 cas de métrite chronique accompagnée de catarrhe chronique. Dans 22, le flux a cessé, le gonflement de la muqueuse a disparu et l'utérus devint plus petit et résistant. Les symtômes subjectifs disparurent aussi et la menstruation reprit son cours. Dans les autres cas graves, l'amélioration qu'on obtint fût bientôt suivie d'une rechute, et l'altération de l'utérus poursuivit sa marche.

(*Praktictionner.*)

Des moyens de calmer la douleur dans le cancer de l'utérus. — M. Lawrence, médecin-accoucheur à l'hôpital général de Bristol, recommande dans le *Medical and Gazette* (mars), les moyens suivants :

Dans les cas de cancer médullaire de l'utérus et aussi dans l'épithélioma de la même région, on obtient un soulagement marqué par l'emploi de l'ergot de seigle, à la dose de 30 minimes (1 gr. 35 c.) toutes les six heures. C'est ainsi qu'on calmera ces battements intenses qui d'ordinaire ne cèdent qu'à ces hémorrhagies qui épuisent les malades. L'ergot paraît agir en diminuant l'afflux du sang dans l'utérus.

Un autre remède d'une grande valeur est l'hydrate de croton chloral. Il n'agit pas sur le siége même du mal, mais il fait disparaître les douleurs qui s'irradient dans les hanches, les cuisses et les aines. Comme topique local, le Dr Lawrence

emploie l'acide phénique, qu'il applique au moyen d'un petit spéculum et d'un tampon de ouate, et des injections de un drachme (environ 2 grammes) de glycérine phéniquée dans une demi-pinte d'eau (250 grammes), matin et soir.

De la glycérine dans le diabète. — Le diabète, personne ne l'ignore, est une affection qui consiste essentiellement dans l'abondante sécrétion et l'évacuation fréquente d'une urine légèrement sucrée.

Cette maladie est communément accompagnée d'un appétit vorace, d'une soif inextinguible, d'un amaigrissement progressif. Elle est toujours très-grave et souvent mortelle.

Le docteur russe Schultzen, de Dorpat, est le premier qui ait conseillé l'emploi de la glycérine dans le traitement du diabète; et des guérisons nombreuses ont démontré son efficacité.

Malheureusement les glycérines les mieux préparées, les mieux épurées, sont souvent mal tolérées par l'estomac, quand elles sont prises pures.

Afin de remédier à cet inconvénient, on a préparé avec de la glycérine, chimiquement épurée, des liqueurs et des sirops dans lesquels il n'entre pas de sucre et qui peuvent cependant être absorbées avec un véritable plaisir.

Voici, thérapeuthiquement parlant, les conclusions des rapports de l'Académie des sciences, au sujet de la glycérine appliquée au diabète :

1° La glycérine, prise à la dose de 30 à 50 grammes par jour, aide puissamment aux effets avantageux du régime alimentaire spécial.

2° La continuité de son emploi permet de mitiger beaucoup la sévérité du régime.

3° La glycérine ingérée à dose convenable brûle complétement dans l'économie, sans produire de désordres organiques.

4° L'usage prolongé de la glycérine sous forme de liqueur ou sirop, modère même la formation du sucre et entrave dans l'économie. (*Gazette médicale de Bordeaux.*)

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement et de la guérison de l'anévrisme du cœur, par le Dr Dufresne de Chassaigne (1).

Jusqu'ici, l'anévrisme du cœur a été considéré, par le plus grand nombre des médecins, comme une affection mortelle. Or, voici M. le docteur Dufresne de Chassaigne qui, avec de nombreuses preuves en mains, vient démontrer qu'elle est, sinon presque toujours, du moins le plus souvent curable.

Sans parler des faits qu'il apporte à l'appui de son assertion, les raisons qu'il présente sont assurément de nature à satisfaire l'esprit.

Pour ce médecin, l'anévrisme du cœur est la conséquence fréquente du rhumatisme, qui a laissé pour reliquat un rétrécissement d'un des orifices cardiaques. Gêné dans son cours, le sang finit par distendre celle des cavités du cœur située en arrière de la sténosie. De là, la dilatation anévrismale de cette même cavité, avec toutes ses conséquences pathologiques.

Poursuivant son raisonnement, M. Dufresne de Chassaigne se dit : pour obtenir la cessation de cette complication du rhumatisme, il doit suffire de faire disparaître la cause qui les produit, c'est-à-dire de rendre à l'orifice frappé de sténosie son calibre physiologique.

Or, tel est le but qu'il a poursuivi et atteint.

Ayant eu occasion de traiter un assez grand nombre de malades atteints d'anévrisme du cœur, dans les stations thermales de Bagnols et de Chaudesaigues, et ayant constaté les effets avantageux de ces eaux minérales naturelles, il s'est demandé à quels éléments il était possible d'attribuer l'excellence de leurs effets thérapeutiques. Il a reconnu que c'était

(1) 1 vol. in-8, prix 7 fr. (Asselin, libraire.)

aux principes sulfureux qui en font la base, à savoir : au sulfure de fer de l'eau de Chaudesaigues ; au sulfure de potasse de l'eau de Bagnols.

Poursuivant ses expériences, il s'est aussi demandé si l'on ne pourrait pas arriver aux mêmes résultats, dans la pratique civile, en soumettant uniquement les malades à l'usage du sulfure de potasse. Ce médicament est administré matin et soir. La dose journalière est de 0,10 à 0,20, sous forme de pilules ou de solution filtrée.

Les faits nombreux de guérison qu'il a obtenus par ce mode thérapeutique si simple attestent que ses espérances se sont pleinement réalisées.

Ce livre si intéressant à consulter, et qui comble un désidératum important dans la thérapeutique des maladies du cœur, se résume donc dans cette pensée féconde en résultats pratiques :

Dans l'anévrisme du cœur, d'origine rhumatismale, les sulfures, quels qu'ils soient, ont la propriété de ramollir les tissus pathologiquement indurés et de les ramener à leur état normal.

Nous devons féliciter notre confrère d'avoir jeté de la lumière sur une affection insuffisamment étudiée jusqu'à ce jour, et d'avoir démontré, par de nombreux faits que, contrairement à l'opinion qui a cours dans la science, cette même affection est le plus ordinairement curable.

B.

L'Art d'élever les enfants

par le Dr Brochard

Les nouveau-nés qui, chaque année, succombent par milliers, dit le Dr Brochard, ne meurent pas de maladies. *Tous meurent de fautes commises contre l'hygiène.* Apprendre aux mères à élever leurs enfants est donc le seul moyen de diminuer cette mortalité sans nom qui est un outrage à la morale, à la religion, à la société.

C'est dans ce but que notre savant confrère a résumé, d'une manière aussi succincte que possible, le cours qu'il a fait, cet hiver, à l'Ecole pratique, sur l'*hygiène des nourrissons*. Malgré son petit volume, cet opuscule est aussi complet que possible. Il était difficile, ce nous semble, de mieux résumer tout ce qui concerne l'hygiène du premier âge. En répandant ce petit livre dans leur clientèle, en le mettant entre les mains de toutes les sages-femmes, de toutes les gardes, les médecins s'épargneront bien des paroles inutiles et sauveront la vie à un grand nombre d'enfants. Nous félicitons notre confrère de l'heureuse idée qu'il a eue de faire ce petit livre de propagande qui va *vulgariser*, dans toutes les classes de la société, l'hygiène des nouveau-nés que toutes les femmes ignorent.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1877.

Présidence de M. Bouley.

Influence du climat et de la race sur la marche des lésions traumatiques et la gravité des opérations chirurgicales. Note lue par M. J. Rochard, inspecteur du service de santé de la marine, candidat pour la section de médecine opératoire.

La géographie médicale, dit M. J. Rochard, a fait de grands progrès depuis cinquante ans et les travaux des médecins de la marine n'y ont pas été étrangers ; mais on ne s'est guère occupé que des maladies internes et l'auteur de cette intéressante communication se propose d'appliquer le même genre de recherches à celles qui sont du ressort de la chirurgie. En attendant qu'il ait terminé ce travail d'ensemble, il en extrait une courte note qui ne concerne que

les *blessures*; pour obtenir des résultats tranchés, il les a étudiés sous les latitudes extrêmes, dans la région polaire et dans la zone torride. Dans la région polaire, le froid seul entre en ligne de compte, et ce froid continu est très-nuisible à la marche des plaies : les érosions, les blessures légères s'irritent, s'ulcèrent, se compliquent d'érysipèle et d'angioleucite ; souvent même le scorbut vient en augmenter la gravité. L'évolution des plaies et leur cicatrisation sont très-lentes ; les pertes de substance qui succèdent aux congélations, mettent un temps fort long à se réparer. Toutefois la guérison est la règle.

L'influence des climats torrides est plus complexe ; il faut y tenir compte de la température, des maladies endémiques et de la race. L'action d'une température élevée semble très-favorable à la marche des blessures. Les complications qui emportent les blessés ne sont pas les mêmes ; tandis qu'en Europe ils succombent le plus souvent à la suite d'infection purulente ou d'accidents inflammatoires, sous la zone torride, au contraire, c'est le tétanos ou les hémorrhagies qui les enlèvent, ainsi que le justifient des statistiques données par l'auteur.

L'influence des maladies endémiques sur la marche des traumatismes amène M. J. Rochard à établir que dans les autres contrées paludéennes les lésions traumatiques ont pour résultat fréquent de faire reparaître les accès de fièvre intermittente chez des blessés qui en avaient été antérieurement affectés ; chez eux, la fièvre traumatique revêt souvent le caractère intermittent. La chloro-anémie avec infiltration des extrémités est plus fâcheuse.

En ce qui concerne la race, M. J. Rochard a borné ses observations aux nègres de la côte d'Afrique et des Antilles, aux Chinois ; il a pu ainsi vérifier un double fait : la force de résistance que les races colorées opposent aux traumatismes et le peu d'intensité de la réaction qui en résulte.

Séance du 1er mai 1877.

Présidence de M. Bouley.

De l'isolement comme moyen prophylactique des maladies contagieuses. — M. Guéneau de Mussy lit, à cet effet, un travail basé sur les observations qu'il a pu faire dans quelques pays étrangers, particulièrement en Angleterre. On se demande comment l'isolement, dont l'efficacité a toujours été reconnue quand on l'oppose à un fléau venu du dehors, ne pénètre que si laborieusement dans la législation et les habitudes sociales, quand il s'agit des maladies contagieuses. M. Guéneau de Mussy s'applique à combattre l'indifférence des peuples en cette matière. Il est cependant bien évident que le seul remède efficace contre le développement des maladies contagieuses est encore, comme au temps de Moïse, la séparation, l'isolement de l'individu malade. S'il fallait prouver que la promiscuité des maladies contagieuses est, dans les hôpitaux d'enfants surtout, une cause de mort fréquente, l'orateur n'aurait qu'à puiser dans les travaux français, et particulièrement dans les comptes rendus de M. Besnier, à la Société médicale des hôpitaux, sur les maladies régnantes. M. Guéneau de Mussy rappelle le rapport de M. Vidal, en 1864, rappelant lui-même les propositions de Tenon, en 1788, un arrêté du conseil des hospices, en 1815, tendant à demander l'isolement des contagieux, en particulier des varioleux. L'expression de ce vœu s'est bien souvent renouvelée ; il y a plus de dix ans que M. Besnier recueille des milliers de faits et établit des statistiques irréfutables, d'où il déduit les leçons les plus instructives à ce point de vue. Toutefois, il faut reconnaître qu'on est arrivé à obtenir un local spécial dans les hôpitaux, pour les varioleux, local qui est loin d'être sans défaut et qui a surtout celui de n'avoir qu'une destination temporaire. De cette conquête toute récente, M. Guéneau de Mussy tire des preuves nouvelles en faveur de la nécessité d'é-

tablissements affectés aux autres maladies contagieuses.

M. Guéneau de Mussy cite encore un grand nombre d'exemples des précautions infinies que l'on prend dans certains pays contre les maladies contagieuses. Il insiste sur l'importance qu'il y aurait à introduire, pour tous les États, une législation qui imposerait des règlements uniformes, dont l'isolement doit toujours être le point de départ.

Il fait, en outre, ressortir les bons effets qu'on a déjà obtenus, en France, de l'isolement, quelque insuffisant qu'il soit, dans certains hôpitaux.

Il termine en se demandant à quoi tient la résistance de l'administration pour introduire ces sages mesures en France, en combattant partout les objections qui pourraient être faites. L'autorité de l'Académie peut être très-utile en cette circonstance.

Fièvre typhoïde. — M. Chauffard reprend les diverses opinions émises sur ce problème obscur et difficile, et, dans un préambule saisissant de clarté, où il rappelle les travaux entrepris sur ce chapitre de la pathologie interne, notamment les théories de MM. Bouillaud, Pasteur, Bouchardat, Noël Guéneau de Mussy, Jules Guérin et Jaccoud, il déclare qu'il lui eût été doux de s'abandonner au courant sans regarder en arrière. — Ma situation d'esprit, ajoute M. Chauffard, est malheureusement tout autre, et je me vois en face d'un vaste ensemble d'interprétations fausses, d'une suite d'assertions que je considère comme contraires aux faits, à la clinique, aux vérités fondamentales de la science et de l'art.

L'heure avancée de la séance contraint M. Chauffard à remettre à une époque ultérieure la deuxième partie de son travail.

M. Colin présente à l'Académie les pièces pathologiques d'une jument, à l'autopsie de laquelle on a constaté les lésions de la morve, c'est-à-dire les poumons farcis de tubercules et des ulcérations siégeant sur les muqueuses du larynx, de la trachée et du vagin.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Expériences sur l'empoisonnement aigu par le sulfate de cuivre, par MM. V. Feltz et E. Ritter.

Ce travail comporte différentes séries d'expériences faites sur des grenouilles, des pigeons, des lapins et des chiens. Dans la série E, qui est la plus intéressante des cinq, il s'agit de chiens auxquels on a injecté dans l'estomac du sulfate de cuivre à différentes reprises; ils sont au nombre de 5 : le premier a reçu pendant six jours, tous les matins, à raison de 0 gr. 10 de sulfate de cuivre par kilogramme de son poids, 4 gr. 50; le deuxième, à trois jours d'intervalle, à raison de 0 gr. 50 par kilogramme, 14 grammes; le troisième, à raison de 0 gr. 75 par kilogramme, à deux jours d'intervalle, 18 grammes; le quatrième, à raison de 1 gr. et de 1 gr. 25 par kilogramme, à deux jours d'intervalle, 19 gr. 60. Le dernier, à raison de 0 gr. 50 et de 1 gr. 50 par kilogramme, à deux jours d'intervalle, 21 gr. 50. Aucun de ces animaux n'a succombé; la période de vomissement passée, ils se sont très-rapidement remis. Notons ici que les accidents sont toujours moins sérieux chez les animaux qui ne sont pas à jeun au moment de l'injection stomacale. L'examen des urines a démontré que, dans tous les cas, le cuivre y apparaît en proportion notable; l'élimination du cuivre paraît se terminer vers le troisième jour de l'intoxication; l'urine des jours suivants n'en contient plus que des traces insignifiantes. L'examen chimique du foie des animaux morts a toujours dévoilé la présence du cuivre en quantité suffisante pour pouvoir être dosée. Les auteurs tirent de leurs expériences la conclusion suivante : Le sulfate de cuivre ne peut être regardé comme un agent inoffensif, quoique son introduction dans l'économie ne provoque pas d'accidents mortels dans l'im-

mense majorité des cas : la mort, en effet, ne survient que si les vomissements ne sont point rapides et énergiques, et encore, dans ce cas, faut-il que la dose soit tellement forte que personne ne consentirait à avaler de plein gré des aliments ou des boissons renfermant cette quantité de tonique.

CHRONIQUE ET MISCELLANÉES

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 19 avril 1877, ont été promu dans les corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Baldy, Gobet, Biebuyck, Janson et Chauvel.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Lelorrain, Passot, Strauss, Lavat, Jourdan, Dubarry et Bois.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Marcailhou.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : MM. Raby et Morel.

* * *

— L'Académie des sciences, dans sa séance publique annuelle, a décerné les prix suivants :

Prix Montyon (statistique). — Mention très-honorable à M. Bertillon ; mentions honorables à MM. Heuzé et G. Delaunay.

Prix Jecker (chimie). — M. Cloez.

Prix Barbier (botanique). — M. Planchon.

Prix Desmazières (botanique). M. Bornet. — Encouragement de 500 francs à M. Müntz.

Prix Thore (anatomie et zoologie). — M. Oustalet.

Prix Bréant (médecine et chirurgie). — Encouragement de 2,000 francs à M. Duboué, et de 1,000 francs à M. Stanski.

Prix Montyon (médecine et chirurgie). — Prix : MM. Feltz et Ritter, Paquelin, Perrin (du Val-de-Grâce). — Mentions : MM. Mayençon et Bergeret, Mayet, Sanson. — Citations : MM. Parabeuf, Franck, Gayon, Badal, Baréty, Brochard, Jolly, Labbé et Coyne, Laveran, L. Leclerc, Pointcarré et Poncet.

Prix Montyon (physiologie expérimentale. — Prix : MM. Monat et Toussaint. — Médaille de 500 francs : M. Miâlhe.

Prix Montyon (arts insalubres). — M. Melsens.

Prix Cuvier. — M. Fouqué.

Prix Delalande-Guérineau. — MM. Filhol et Vélain.

* * *

Funérailles médicales. — Au temps jadis, dans certaine tribu américaine, les médecins étaient l'objet de funérailles somptueuses, mais n'étaient pas déposés dans un tombeau. Leurs cendres étaient conservées pour servir de remèdes, comme si la sépulture la plus honorable pour eux était le corps même des malades qu'ils guérissaient par une vertu surnaturelle. (*Revue des Deux-Mondes.*)

* * *

Il va être fondé à Paris une école de garde-malades et d'ambulancières. Dans une réunion préparatoire, qui s'est tenue ces jours derniers, M. Duchaussoy, le promoteur de l'œuvre, en a fait connaître le but et montré l'importance. Les cours sont dès à présent organisés : ils se feront les mardi, jeudi et samedi, à huit heures du soir, à la mairie du 6e arrondissement ; ils sont gratuits. Le premier cours sera inauguré le samedi 14 avril. Les interrogations et les exercices pratiques auront lieu après chaque leçon. Les examens pour l'obtention du diplôme auront lieu après la clôture des cours ; ils seront passibles d'un droit de vingt francs. Les membres de la Société de médecine pratique se sont partagé les différentes matières de l'enseignement,

qui comprendra les soins à donner aux femmes en couches, aux enfants nouveau-nés, aux blessés, aux malades, aux vieillards, aux aliénés, des notions générales de médecine, d'hygiène, de petite chirurgie (bandages, appareils), de pharmacie, d'anatomie et de physiologie, d'hydrothérapie (frictions, massages), etc.

***

En 1770, il n'y avait à Paris que deux dentistes; en 1790, cinq; en 1814 une vingtaine; en 1828, cent quarante; en 1856, deux cent cinquante; en 1876, trois cent cinquante environ.

***

La statistique du suicide en France pour 1876.

Comme toujours, c'est le département de la Seine qui fournit le plus de suicides.

On en compte 915, alors que les 85 autres départements, y compris les plus populeux, atteignent à peine le chiffre de 100 au maximum.

4,435 hommes et 1,132 femmes se sont volontairement donné la mort dans le courant de l'année dernière.

Dans ce nombre, 2,472 ont préféré la corde à l'eau, au feu et au poison. 154 se sont jetés du haut des édifices élevés; 31 se sont fait écraser sur les rails de chemin de fer; 407 (dont 216 femmes) se sont asphyxiés par le charbon; 129 se sont empoisonnés, le plus fréquemment avec du laudanum; 1,514 se sont noyés; 895 (dont 14 femmes) se sont servis d'armes à feu; un pompier s'est précipité dans une fournaise; enfin, un fantaisiste a eu recours à la castration.

Parmi les suicidés, 1,946 étaient célibataires; 151 veufs, sans enfants; 801 mariés, avec enfants.

Voici, maintenant, au point de vue de l'âge, le classement des découragés de la vie :

Moins de 16 ans, 29; de 16 à 21 ans, 195; de 21 à 30 ans, 648; de 30 à 40 ans, 829; de 40 à 50 ans, 1,053; de 50 à 60 ans, 1,161; de 60 à 70 ans, 993; de 70 à 80 ans, 528; au-dessus de 80 ans, 98.

Comme classes, on trouve 1,828 paysans, 1,038 ouvriers, 228 domestiques, 987 occupant des professions dites libérales; 241 étaient dans le commerce.

Parmi les causes les plus fréquentes du suicide, l'ivrognerie compte à son actif 1,433 victimes, la crainte de la misère, 320, les chagrins domestiques, 633; enfin 798 personnes (dont 277 femmes) se sont suicidées parce qu'elles étaient atteintes de maladies incurables.

***

Statistique. — D'après les calculs du Dr Maurin, de Marseille, la France, sur toutes les nations de l'Europe, occupe le premier rang au point de vue de la survivance moyenne au-dessus de vingt ans; mais, au point de vue de la longévité, la France est placée au cinquième rang; et enfin, au point de vue du mariage, elle ne vient qu'au onzième rang.

Les causes de la dépopulation sont multiples : le clergé, la domesticité et le militarisme immobilisent environ trois millions d'individus.

Le mariage est fécond en raison inverse de la richesse de la population, parce que les parents cherchent à avoir, non pas des enfants, mais des héritiers.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris. — (*Population*, 1,986,748.) *Du* 19 *au* 26 *avril*, 1,048 décès ainsi répartis : variole, 4; rougeole, 13; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 20; érysipèle, 12; bronchite aiguë, 42; pneumonie, 68; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 8; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 48; croup, 20; affections puerpérales 5; affections aiguës, 272; affections chroniques, 484 (dont 193 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 26; causes accidentelles, 25.

Du 26 *avril au* 3 *mai*, 985 décès ainsi répartis : variole, 1; rougeole, 13; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 15; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 53; pneu-

monie, 79; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 7; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 28; croup, 23; affections puerpérales, 6; affections aiguës, 224; affections chroniques, 475 (dont 185 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 28; causes accidentelles, 27.

VARIÉTÉS

La Trichynose.

La trichynose, signalée en Europe vers 1859, a été étudiée surtout en Allemagne, où elle a fait et fait encore des ravages. On a constaté aussi sa fréquence dans les Etats de l'Ouest de l'Union américaine, où l'on consomme beaucoup de viandes de porc. Peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt pour nos confrères algériens de résumer les principaux traits de cette maladie, du développement curieux de l'animalcule qui la produit, de leur rappeler enfin les précautions hygiéniques à prendre pour conjurer une affection qui épargne rarement ceux qu'elle atteint. On ne saurait trop souvent tenir éveillée l'attention du public quand il court un danger, surtout lorsque le danger qui le menace tient à l'alimentation. Si la médecine est encore impuissante pour toujours guérir la maladie dont je vais parler, l'hygiène a trouvé le moyen infaillible de la prévenir. Cet exposé montrera comment la science, servie par des hommes comme Virchow et Robin, armée seulement de la raison, n'écoutant que l'expérience et dédaignant comme stériles toutes idées préconçues, fouille aujourd'hui une question.

La trichyne est un animalcule microscopique. Dans son plus grand développement elle ne dépasse pas une longueur de 1 millimètre. Le naturaliste Owen a le premier donné, en 1835, la description de cet helminthe. Son nom, tiré du grec *trix*, *trichos* (cheveu), rappelle sa ténuité. Jusqu'à présent, on a rencontré la trichyne chez l'homme, le chat, le vautour et surtout le porc; jamais chez le bœuf ni le mouton.

La trichyne subit une série de transformations très-curieuses, très-difficiles à étudier et que l'éminent médecin de Berlin, Virchow, a très-bien observées et parfaitement décrites.

Pour mieux faire saisir l'évolution de ce parasite, je suppose qu'une personne mange de la viande de porc contenant des trichynes. Elles sont alors généralement enkystées. Après un séjour de deux ou trois jours dans le tube digestif, elles arrivent à leur plus grand développement. Elles percent le kyste et le microscope fait voir des œufs et des cellules spermatiques qu'elles ne présentaient pas au moment de leur arrivée dans l'estomac. Alors la trichyne engendre des embryons et sa fécondité est incroyable, comme cela a lieu généralement chez tous les animaux inférieurs. Chaque trichyne donne naissance, dans l'espace de trois à quatre semaines, à 3 ou 400 embryons d'après Virchow, à 1,000 d'après Leuckart. Or, sait-on combien de trichynes femelles peut contenir une bouchée de viande? Près de 5,000! Donc, en supposant qu'une seule bouchée de viande trichynisée soit avalée, dans moins d'un mois, près de deux millions de trichynes, jeune génération, pullulent dans l'intestin. Et maintenant, comptez, si vous le pouvez, les innombrables bataillons de trichynes qui manœuvrent dans l'économie, lorsque, ce qui arrive le plus souvent, on déjeûne avec une tranche de filet de

porc ou de jambon, une côtelette ou un boudin trichynisés? Et ne croyez pas que ces chiffres soient exagérés; ils ont été contrôlés dans de nombreuses autopsies par des observateurs qui, comme Virchow, Gerlach, Leuckart, Robin, n'ont besoin que d'être nommés pour inspirer pleine et entière confiance. Les muscles, séjour des trichynes, comme on va le voir, en sont littéralement farcis. C'est une plage où la trichyne remplace le grain de sable.

Les trichynes ingérées restent, après la fécondation, amarrées à la paroi intestinale et là elles meurent ou sont entraînées au dehors; mais elles ne pénètrent jamais dans les muscles. La jeune génération, au contraire, perce la paroi intestinale et pénètre dans les divers organes et surtout dans les muscles: elle se disperse dans tous ceux de l'économie, dans les petits comme dans les grands, dans ceux du tronc comme dans ceux de la tête et des membres. Une seul muscle est toujours respecté, c'est le cœur. Une fois dans les muscles, les trichynes désorganisent la fibre musculaire et, dans l'espace de quelques semaines, grossissent considérablement. A mesure qu'elle grandit, la trichyne s'enroule en spirale, comme un ressort de montre. Puis, peu à peu, elle s'entoure parfaitement, elle s'enkyste. Quelquefois, mais rarement, on en trouve deux dans le même kyste. La trichyne enkystée reste là tranquille, et il faudra pour qu'elle se reproduise qu'elle soit à son tour ingérée, et c'est dans un tube digestif seulement qu'elle se complétera pour se multiplier comme nous l'avons vu.

(*A suivre.*)

PUBLICATIONS NOUVELLES

J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Pougues. — Ses eaux minérales. — Ses environs, 4e édition revue et corrigée par le Dr Félix Roubaud, lauréat de l'Académie des sciences, de l'Académie nationale de médecine, médecin consultant aux eaux minérales de Pougues. 1 vol. in-18, de plus de 300 pages, Prix. . . . . 3 fr.

Etude statistique et médicale sur La Malou-les-Bains (Hérault) et sur l'application des eaux alcalino-ferrugineuses et arsenicales de La Malou l'Ancien au traitement du rhumatisme, de la névropathie et de la chloro-anémie. *Paris*, 1877, in-8°, 120 pages, Prix. . . . . 3 francs.

Traité des maladies de la prostate par le Dr Henri Picard, professeur libre de pathologie des voies urinaires à l'École pratique, Paris, 1877, 1 vol. in-8° de 400 pages, avec 83 figures. Prix : 8 fr.

Librairie Ad. Delahaye

Essai sur le rôle du sang dans le phénomène de la généralisation du cancer de l'estomac, par le Dr Audibert, in-8°. . . . . 1 fr. 50

Leçon d'ouverture du cours de pathologie médicale, de M. le professeur Jaccoud, in-8°. . . . . 50 c.

Manceaux, libraire à Bruxelles, rue des Trois-têtes 12,

De la cataracte. — Quelques remarques concernant l'étiologie de l'influence de l'état général sur les résultats de l'opération, par le Dr H. Romiée.

Oxythérapie et Azothérapie. — Considérations physiologiques et thérapeutiques, et description d'un appareil pour l'emploi méthodique des atmosphères artificiellement suroxy-ozonées ou surazotées, par le Dr Tamin-Despalles.

Boîte aux lettres.

N° 4127. — M. le Dr B..., à la R... — Reçu. — Merci.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY).

Paris. — Typ. Tolmer et Isidor Joseph, rue du Four-St-Germ., 43.

44e Année.
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 11. — 1er JUIN 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Leçon de M. Bouchut.

De l'examen du fond de l'œil comme moyen de diagnostic des maladies cérébrales.

C'est à M. Bouchut que la science est redevable de ce précieux mode d'exploration, qui projette une grande clarté dans le diagnostic des affections cérébrales, dont le début est si souvent enveloppé d'une profonde obscurité. Voilà quatorze ans déjà que ce savant maître poursuit le cours de ses recherches ophtalmoscopiques. Chaque jour, des faits nouveaux viennent affirmer la loi de coïncidence établie par lui entre les lésions des centres encéphaliques, et celles que décèle l'exploration du fond de l'œil.

M. Bouchut fait passer sous les yeux de ses élèves un certain nombre de dessins représentant des altérations de la rétine, observées sur plusieurs malades en cours de traitement pour des affections diverses, ayant pour point de départ le système nerveux encéphalique.

Dans la plupart des cas, les lésions oculaires viennent seulement affirmer la justesse des observations de l'éminent praticien. Il est deux petites malades chez lesquelles l'examen ophtalmoscopique a permis de remonter à l'essence du mal, avant même que cette essence ait été traduite par l'ensemble des phénomènes morbides, qui en constituent la caractéristique.

I. L'une de ces malades est une enfant âgée de douze ans. Depuis deux mois, cette enfant a perdu l'appétit et est atteinte de vomissements incoercibles. Le dépérissement va croissant. Elle est en proie à une fièvre lente. Le soir, la température s'élève à 40°; le matin, elle s'abaisse à 38°. Il y a un peu de toux; on ne trouve, pour s'en rendre compte, qu'un peu de respiration soufflante en arrière de l'un des poumons.

A quelle cause rapporter ces vomissements, qui, jusqu'ici, se sont montrés réfractaires à tous les agents thérapeutiques employés pour les combattre?

Est-ce à l'utérus qu'il convient de les attribuer? Non, assurément; car aucun signe ne traduit encore, chez cette enfant, la vitalité de cet organe.

L'intestin est-il en cause? Pas davantage; car il n'y a ni diarrhée, ni constipation opiniâtre, ni météorisme.

S'agirait-il d'une péritonite tuberculeuse? On ne relève ni ballonnement du ventre, ni sensibilité des parois abdominales.

Du côté de l'estomac, on ne trouve non plus aucun caractère qui en révèle la souffrance. La petite malade digère bien, ne souffre pas de cet organe. La langue, enfin, n'est pas saburrale.

Trouve-t-on, du côté du thorax, quelques signes décélant une affection des viscères qui y sont renfermés? En un

mot, les vomissements seraient-ils dus à une action reflexe transmise au cerveau par la pneumo-gastrique? Le cœur est sain. On ne trouve, au sommet du poumon gauche, qu'un peu d'induration, pas assez prononcée, assurément, pour déterminer l'irritation des filets nerveux.

Reste le cerveau. Or, on ne relève ici ni céphalalgie, ni strabisme, ni convulsions, ni défaut de coordination des mouvements, ni perversion de la sensibilité tactile, ni perte de mémoire.

De ce côté donc, on ne trouve, ainsi que pour les autres organes, que des signes absolument négatifs.

L'incertitude diagnostique est donc extrême. Voyons si l'examen ophtalmoscopique pourra être susceptible de projeter sur lui quelque clarté.

Or, voici ce qu'a révélé, il y a quatre jours, l'exploration du fond de l'œil.

On a pu constater, à ce moment, que la papille optique avait perdu son aspect blanc nacré, pour prendre une teinte grisâtre. Une auréole d'un gris plus foncé s'était dessinée sur sa limite sensiblement élargie. Dans le champ de la rétine se sont effectuées des hémorrhagies multiples; cette membrane en est littéralement criblée. D'ailleurs, les vaisseaux ont conservé leur calibre, et ne présentent aucune trace de varicosités.

Ainsi donc, après trois mois de germination, cette affection ne se caractérise par aucun signe extérieur pathognomonique. L'ophtalmoscope seul permet de définir le mal dans son essence. Aucun doute n'est possible : c'est une lésion organique des centres nerveux, qui détermine cet obscur cortége symptomatique. Mais quelle est la nature de cette lésion?

S'agit-il d'une tumeur cérébrale, d'une compression intra-crânienne, mettant obstacle à la circulation? Il n'en saurait être ainsi, car la stagnation de la circulation veineuse, qui serait la conséquence obligée de cet obstacle au cours du sang, déterminerait une turgescence des vaisseaux rétiniens, dont l'examen ophtalmoscopique ne décèle aucune trace.

Les ruptures vasculaires qui se sont produites ici ne se rattachent nullement à un obstacle mécanique au cours du sang. Il en est manifestement, dans l'espèce, ainsi que dans l'albuminerie et la glycosurie, affections dans lesquelles se produisent aussi des épanchements sanguins. Les vaisseaux atteints de dégénérence graisseuse sont disposés à se rompre et à former des foyers hémorrhagiques. Chez notre jeune malade, il en est ainsi. Elle est affectée d'une dégénérescence graisseuse générale. Son foie est gros, sa rétine présente aussi un état de dégénérescence granulo-graisseuse. Elle a des tubercules miliaires disséminés dans les poumons, dans le cerveau et dans la plupart de ses organes. C'est à cet état, en un mot, que l'on a imposé le nom de granulie, affection si bien étudiée par M. Empis.

Tel avait été le diagnostic porté chez la malade, il y a quatre jours, en dehors, avons-nous dit, de tout symptôme fonctionnel caractéristique. Or, ce court laps de temps a suffi pour permettre aux manifestations morbides de se dessiner. Un signe pathognomonique, surtout, survenu depuis quelques heures, ne laisse plus aucun doute sur la nature de cette affection. Nous voulons parler des cris hydrencéphaliques. Quand on a entendu ces cris une fois, on ne les oublie jamais, et la question du pronostic, à de trop rares exceptions près, ne reste pas plus en suspens que celle du diagnostic.

Cette petite malade, chez laquelle le début de l'affection est resté si entouré d'obscurité, entre dans une phase nouvelle. Elle met le pied dans la méningite. Les accidents vont aller croissants pour aboutir fatalement, quoi qu'on puisse faire, à une terminaison funeste.

II. Une autre enfant, sur le compte de laquelle M. Bouchut attire également l'attention, présente une affection de nature non moins obscure. Dans ce cas

encore, l'ophtalmoscope a permis de lever toute incertitude diagnostique.

C'est en vain que tous les organes avaient été tour à tour interrogés. A part un certain mouvement fébrile s'exaspérant le soir, à part un peu de toux sans altération organique sensible, on ne découvrait rien qui pût rendre compte de la perte de l'appétit et de l'état de dépérissement graduel de la petite malade. Eh bien! quand toutes les autres parties du corps conservent le mystère sur les actes vitaux qui s'accomplissent dans l'intimité des organes, un seul, parmi ces derniers, peut souvent divulguer ces secrets, à qui sait convenablement l'interroger.

Il en a été ainsi, encore une fois, chez notre jeune malade. L'examen à l'ophtalmoscope a fait voir une pupille effacée et de nombreux tubercules de la choroïde. Ce qui veut dire qu'il existe également des tubercules dans le cerveau. C'est encore là, un cas de granulie à l'état de germination.

Ainsi que vient de l'annoncer M. Giraud-Teulon, y a-t-il coïncidence entre les tubercules de la choroïde et la méningite? C'est là une grande erreur commise par ce savant, une erreur déplorable au point de vue de la science. Bon nombre de praticiens ajouteront foi en une voix autorisée et accepteront comme juste une assertion qui n'a rien de fondé. Il vient, en effet, dans un court laps de temps, de se présenter, dans le service de M. Bouchut, trois cas de tubercules de la choroïde, sans qu'on ait trouvé aucune trace de méningite.

III. M. Bouchut parle ensuite d'un cas qu'il vient d'observer en ville et qui présente les plus grandes analogies avec les deux qui précèdent. Il s'agit également d'une petite fille dépérissant depuis deux ou trois mois sans aucune lésion organique appréciable. L'examen du fond de l'œil a permis à M. Bouchut de reconnaître une granulie qui ne tardera pas, assurément, à s'accuser par des symptômes fonctionnels caractéristiques.

En terminant, M. Bouchut proteste contre les insinuations malveillantes dont il a été l'objet à propos de la cérébroscopie. Il a fait voir tous les services que peut rendre l'ophtalmoscope au début des affections cérébrales de nature douteuse. Il attache une importance extrême à un mode d'investigation dont la paternité ne saurait lui être contestée. Mais il se défend bien d'y attacher une importance trop exclusive. C'est un moyen nouveau d'exploration et de contrôle qui doit être employé au même titre que la percussion, l'auscultation et les autres modes de diagnostic. L'ophtalmoscope permet, assurément, de reconnaître des lésions que lui seul est susceptible de déceler; mais, pour bien définir la nature de ces lésions, d'autres éléments de diagnose sont encore le plus souvent nécessaires. L'examen du fond de l'œil, par exemple, fera bien reconnaître les altérations qui se produisent dans l'albuminerie et la glycosurie; mais, sur ce caractère seul, on ne saurait préciser l'essence de la maladie qui les a engendrées. Ce sont les cris de souffrance échappés aux autres organes; c'est l'ensemble des manifestations symptomatiques que doit consulter aussi le praticien, pour jeter les bases d'un diagnostic précis.

Dr F. RENOUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL COCHIN

Leçon clinique de M. AR. DESPRÉS.

Polype sarcomateux naso-pharyngien (1).

Le malade qui fait l'objet de cette leçon clinique est âgé de 36 ans. Il est corroyeur de son état; sa con-

(1) L'étude des polypes naso-pharyngiens étant l'ordre du jour, nous croyons utile de rapprocher la présente leçon clinique de M. Després de celle de M. Trélat, qui a été publiée dans l'avant-dernier numéro de la *Revue*. Ces deux belles leçons auront ainsi l'avantage de se compléter l'une par l'autre. (N. d. R.)

stitution générale est bonne. Son père et sa mère ne lui rappellent aucun antécédent diathésique particulier. Lui-même n'a rien à noter, à ce point de vue, dans son passé. C'est au mois de juillet 1875 que se manifestèrent les premiers symptômes se rattachant à la grave affection qui l'a amené à réclamer une intervention chirurgicale.

A l'époque ci-dessus, il dit avoir été atteint d'une *éruption de sang*. Cette expression est bien vague, et, partant, difficile à interpréter convenablement. Toujours est-il qu'à ce moment se produisirent des épitaxis et des crachements de sang.

Un tel renseignement est net, et présente chez ce malade une très-grande valeur, car il n'est pas douteux que ces symptômes sont en rapport avec le début de la maladie qui a depuis fait de si grands progrès.

Il y a quatorze mois, cet homme fut atteint d'une kératite double très-intense, et réfractaire à de nombreux moyens dirigés contre elle. A bout de ressources, un praticien de province, qu'habitait alors le malade, eut recours à un mode de traitement assez en vogue il y a quarante ans. Il établit un séton à la nuque. Cet exutoire n'a apporté aucune amélioration bien notable dans la marche de la kératite, mais il a déterminé une complication qui est presque toujours la conséquence des exutoires, sétons, cautères, appliqués sur cette région. Il a produit un engorgement assez considérable des ganglions cervicaux.

La déglutition est devenue gênée; la respiration, par le nez, difficile. Depuis deux mois, les symptômes fâcheux se sont de plus en plus prononcés. Aujourd'hui, le malade ne peut presque plus avaler. Si on essaye de le faire souffler par le nez, il ne sort pas d'air. La respiration nasale est donc absolument nulle.

Si on fait ouvrir la bouche au malade, on aperçoit, au fond de la gorge, une masse fongueuse, rosée, parsemée de petites stries jaunâtres. Cette tumeur doit être volumineuse, car elle repousse en avant le voile du palais, qui forme, avec la voûte palatine, un angle aigu, au lieu de la voûte arrondie qui constitue l'état normal.

La luette est amincie et comme atrophiée. Les piliers du voile du palais sont réduits à des brides minces.

La tumeur de l'arrière-gorge est bilobée. Sa portion gauche est dure, consistante, plus ferme que la droite. Le sillon qui sépare les deux lobes est ramolli, et saigne au moindre attouchement.

Si le malade n'était âgé que de 18 à 20 ans, les caractères de cette tumeur porteraient à faire croire à des polypes naso-pharyngiens. Mais, en outre que ces produits ne sont guère l'attribut que du jeune âge, ils donnent lieu à des hémorrhagies plus réitérées et plus faciles que celles qui se produisent chez cet homme. Leur développement aussi est moins rapide que celui qui s'est ici produit.

Cette exclusion faite, il ne peut s'agir que de deux affections. Cette tumeur est un polype ou fibreux, ou sarcomateux.

Serait-ce un polype fibreux simple? Ces sortes de tumeurs s'observent très-rarement. Elles sont aussi plus petites, et ont pour siége la partie antérieure des fosses nasales, ainsi que les polypes vésiculaires. Pour tous ces motifs, il faut écarter l'idée d'un polype fibreux simple.

Des raisons majeures portent à penser que cette tumeur est de nature sarcomateuse.

Pour s'éclairer, il y a deux jours M. Desprès a enlevé, par une des fosses nasales, une petite portion du produit morbide. Il a pu ainsi recueillir un indice très-précieux. En sondant la paroi osseuse avec un stylet, il a constaté la dénudation de l'os. Le doute n'est pas possible. La tumeur est constituée par un sarcome périostal à aiguilles osseuses, genre de dégénérescence qui se caractérise par une marche extrêmement rapide. Ce sarcome a pris naissance sur

la surface inférieure de l'apophyse basilaire.

Le pronostic de cette affection est des plus graves. Elle s'est développée en dix-huit mois, c'est-à-dire avec une rapidité extrême. Il est évident que ce cancer a un processus envahissant, et que le cerveau est menacé. Quand un sarcome périostal est implanté sur un os à large trame ou spongieux, et telle est la condition de l'apophyse basilaire, il s'y infiltre et tend à la perforation. Ici, cette marche envahissante aura pour effet de le faire remonter au-dessus de la face crânienne de l'apophyse, au travers des trous déchirés antérieur et postérieur, aussi bien qu'au travers des perforations effectuées par lui, perforations qui, peut-être, sont déjà un fait accompli.

Quelle conduite convient-il de tenir dans un cas de cette gravité?

Il est impossible de songer à une opération radicale. L'infiltration sarcomateuse s'étend jusqu'à des limites inconnues. Si on voulait tenter l'ablation, il faudrait enlever le maxillaire supérieur, la cloison des fosses nasales, et, par cette large voie, effectuer la rugination de l'os malade. Mais il serait impossible de détruire toutes les parties envahies, et alors la récidive ne tarderait pas à se produire. Si, pour prévenir cette récidive, on voulait aller trop loin, on ne manquerait pas de pénétrer dans la cavité crânienne, ce qui donnerait infailliblement lieu à une méningite promptement mortelle. Assurément ce serait là une bien mauvaise chirurgie.

Cependant les accidents éprouvés par le malade réclament une action efficace. Il ne peut plus respirer par le nez. Cette condition est fort grave. Elle suffit, à elle seule, pour donner du délire et des accidents cérébraux inquiétants. On a vu, à la suite de brûlures, de gangrène du voile du palais, se produire l'obstruction de l'arrière-gorge. Les malades, par suite de cette oblitération, privés de la respiration nasale, ont éprouvé de telles souffrances, qu'ils ont menacé de se donner la mort. On a fait des tentatives de toutes sortes pour s'efforcer de pratiquer, dans le voile du palais déformé, épaissi par les cicatrices, une ouverture, si petite fut-elle, qui permît à l'air de se frayer un passage par la voie nasale. Mais un tel résultat est bien difficile à obtenir.

Dans une tentative qu'il a faite il y a deux jours, c'est cet objectif que s'était proposé M. Després. En enlevant une partie de la tumeur, il a bien pu arriver jusqu'à l'os, mais il n'a pu préparer une voie pour le passage de l'air.

Voici ce qu'il se propose de faire pour obtenir une cure purement palliative. Il fendra le voile du palais, et, par cette voie, il ira saisir la tumeur, dont il enlèvera une bonne portion. Cette ablation sera suivie d'une hémorrhagie abondante ; mais, grâce au thermo-cautère, il sera assez facile de l'enrayer. Cette opération aura nécessairement pour effet d'ouvrir à l'air un libre accès.

Mais il ne faut pas se le dissimuler. Un tel résultat ne sera que temporaire. L'état de ce malade est devenu fort alarmant. Il a eu du délire la nuit dernière. Ce délire est-il le seul fait de l'obstacle mécanique à la respiration nasale, ou est-il en rapport avec l'épanouissement de la tumeur dans la cavité crânienne, par quelqu'une des voies dont il a été plus haut question ? Il est bien difficile de le savoir.

Admettons qu'il n'en soit rien, et, acceptant la version la plus favorable, mettons que ces troubles ne dépendent que d'une simple obstruction pharyngée. Dans ce cas là, encore, le soulagement qui sera le bénéfice de l'opération pratiquée ne sera que passager. D'ici deux mois, au plus, on peut être assuré que l'affection aura gagné du terrain, et qu'il se produira une méningite mortelle.

Mais, d'ici là, cette opération aura procuré à ce pauvre homme un bien-être immédiat, qui pourra persister durant trois ou quatre semaines. Cette considération ne suffit-elle pas amplement pour justifier une intervention chirurgicale ?

Ch. FERRANT.

POLICLINIQUE

—

Rupture par contraction spasmodique, de quelques faisceaux du jumeau interne droit, au niveau de leur insertion avec le tendon d'Achille.

M., chaudronnier, 56 ans. Santé habituelle parfaite. Léger tremblement alcoolique. Système musculaire très-développé; les biceps et les jumeaux forment une énorme saillie.

Le 20 mars 1877, il venait de descendre trois étages, portant sur ses épaules quelques casseroles. Arrivé sous la porte cochère il mit ses sabots. Cette opération terminée, et comme il se disposait à se mettre en marche (sans faux pas, sans chute, sans perte d'équilibre), il ressentit une douleur extrêmement violente dans le mollet droit; « il m'a semblé, dit le « malade, que quelqu'un armé d'une « bouteille m'avait asséné, avec le « ventre de celle-ci, un coup violent « sur le mollet, si bien que je me re- « tournai pour voir d'où venait l'a- « gression. » Le malade se sentit presque défaillir. Ce fut au prix des douleurs les plus vives qu'il put regagner son domicile; ces douleurs se produisaient surtout à un certain temps de la marche: quand, tout le poids du corps portant sur le pied droit, il relevait celui-ci pour poser le gauche sur le sol. Quelques heures après l'accident, les douleurs étaient encore vives pendant la station debout. La jambe se tuméfia et le malade fut obligé de cesser tout travail.

Après deux jours de repos et des applications de compresses imbibées d'une solution d'arnica, la jambe diminua de volume, les douleurs devinrent moins vives pendant la station. Le malade se crut en état de reprendre ses travaux. Ici se place une particularité signalée par le malade lui-même: alors que la marche et la station étaient douloureuses, l'action de faire aller le soufflet de sa forge avec la jambe n'occasionnait aucune douleur.

Le 24 mars, je vois le malade pour la première fois. La jambe droite présente un volume bien supérieur à celui de la gauche. Elle est empâtée, la pression du doigt laisse une empreinte. Une teinte ecchymotique bleuâtre se remarque en certains points de la face interne de la jambe à la partie moyenne. La pression n'est douloureuse qu'en un seul point : le long de la face interne, vers la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur, au niveau de l'insertion du jumeau interne au tendon d'Achille. La douleur est encore produite en ce point par la contraction du jumeau; en effet, quand, après avoir fixé le pied dans la flexion, je demande au malade de s'opposer à cette position, une douleur très-vive est éveillée. Il n'existe d'ailleurs en ce point aucune saillie, aucune dépression anormale.

Je prescris le repos absolu du membre, des cataplasmes arrosés d'eau blanche.

Le 26 mars. Ecchymose très-marquée à la partie moyenne et interne de la jambe, et s'étendant à une grande partie du mollet. Même empâtement, mêmes douleurs provoquées par la pression et la contraction du jumeau dans le point signalé.

Le 29. L'ecchymose gagne lentement les extrémités du membre, elle subit au centre des changements de teintes. L'empâtement, la douleur subsistent.

Le 2 avril. L'ecchymose pâlit. Tuméfaction moindre. Douleurs moins vives. Application d'ouate et d'une bande roulée.

Le 8 avril. Amélioration considérable. La veille le malade a pu faire une assez longue course sans trop de douleurs. L'empâtement persiste autour de la cheville. Réapplication d'ouate et d'une bande roulée, que j'engage le malade à garder un certain temps.

Je dis, Messieurs, que je me suis trouvé en présence d'une rupture musculaire. Quell est, en effet, la lésion

qui aurait pu se produire dans les conditions indiquées par l'observation?

Serait-ce une rupture vasculaire? Le malade présente bien du tremblement alcoolique, mais dans l'hypothèse de la rupture d'une artère athéromateuse, il se serait produit un anévrysme faux consécutif. Or, l'auscultation de la jambe au dix-neuvième jour de l'accident n'a rien révélé encore. Serait-ce la rupture d'un anévrysme? Je ferai à cette hypothèse la même objection que ci-dessus. Les anévrysmes des artères de la jambe sont d'ailleurs extrêmement rares. Dans les faits rapportés jusqu'à ce jour, ces anévrysmes ont été constatés sur des sujets déjà atteints d'affections du cœur ou des gros troncs artériels. Notre malade, malgré ses habitudes alcooliques et son âge (56 ans), présente un système vasculaire artériel parfaitement sain.

Serait-ce une rupture de veine variqueuse? Cette rupture a été récemment signalée par M. le professeur Verneuil. Mais notre malade, bien que son métier l'y prédispose, ne présente pas de varices superficielles, ni aucun des symptômes propres aux varices profondes.

Je passe sous silence quelques hypothèses encore moins soutenables, et j'arrive au diagnostic différentiel entre la rupture tendineuse et la rupture musculaire.

La rupture tendineuse est plus fréquente, dit-on, que la rupture musculaire. Mais elle se produit surtout dans les mouvements violents, les chutes, les convulsions, etc.

La douleur est moins vive dans la rupture tendineuse. Elle n'est pour ainsi dire pas instantanée, elle est consécutive à la rupture.

L'ecchymose est fort rare et en tout cas moins considérable dans la rupture tendineuse.

Dans la rupture musculaire, la contraction du muscle est douloureuse. Il n'en est pas de même dans la rupture du tendon, puisque le muscle est réduit à l'impuissance. Dans la rupture tendineuse, les mouvements auxquels préside le muscle sont abolis.

Or, ces différences sont parfaitement établies chez notre malade. Chez lui, la douleur a été le phénomène initial, elle a été extrêmement violente, au point de le faire presque défaillir. L'ecchymose assez abondante a déterminé de l'empâtement et s'est étendue à presque tout le membre; son apparition un peu tardive (3e jour) tient à la constitution de l'aponévrose jambière. La contraction des muscles extenseurs et adducteurs du pied provoquait de la douleur au point d'insertion d'un de ces muscles. L'accident, enfin, est arrivé sans violence.

Accolé au bord interne du tendon d'Achille se trouve le tendon du plantaire grêle, dont la rupture a été signalée comme très-fréquente. A l'hypothèse d'une rupture de ce tendon, j'opposerai les mêmes arguments que précédemment. M. Dupuy (de Fernelle), dans deux observations communiquées à la Société de Médecine pratique en 1864, assigne comme symptôme caractéristique de la rupture du tendon plantaire grêle: la douleur linéaire à la pression, dans une longueur d'environ 12 à 13 centimètres de haut en bas, sur une largeur de 2 à 3 centimètres, dans la direction rigoureuse du tendon du plantaire grêle, en commençant au niveau du point où les faisceaux musculaires se convertissent en fibres blanches pour constituer ce tendon. La malaxation du jumeau, dans ces deux observations, n'amena aucune douleur. Or, chez notre malade, la douleur très-circonscrite, siégeait au niveau du point d'insertion du jumeau interne au tendon d'Achille. Elle était provoquée par la pression et par la contraction du jumeau.

C'est donc à la rupture de faisceaux musculaires que j'ai eu affaire. J'ajoute que cette rupture a eu lieu au point d'insertion du jumeau interne au tendon d'Achille. C'est, en effet, en ce point seul que la douleur a persisté à la pression et pendant la contraction du jumeau. C'est là que l'empâtement due à l'ecchymose s'est montré d'abord et s'est confiné. C'est, enfin, d'après la statistique, sur le tendon ou sur le point

d'insertion du muscle au tendon que la rupture est la plus fréquente. Sur 49 faits rassemblés par Nélaton, on trouve 29 cas où la rupture s'était faite au point d'insertion du muscle au tendon, 14 cas où le corps du muscle était rompu, et 6 cas où le siége de la rupture n'était pas indiqué.

Enfin, Messieurs, cette rupture musculaire a été produite par une contraction spasmodique exagérée du jumeau. L'accident s'est produit sans violence, sans chute, sans faux pas, pendant que le malade était dans la position debout, au moment où, pour se mettre en marche, il contractait les muscles extenseurs du pied. Dr COURTAUX.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Traitement de la prostatite aiguë.

De l'ouverture des Abcès (1).

..... La seconde indication, celle qui consiste à donner issue au pus, embarrasse quelquefois le médecin. En effet, s'il introduit le doigt dans le rectum, il sent de tous côtés les battements des hémorrhoïdales, qui sont des artères assez volumineuses; aussi doit-il se tenir en garde contre elles, car il peut les ouvrir quelles que soient les précautions prises. Chez un malade qui, à la suite d'uréthrotomie, fut atteint d'abcès à la prostate, M. Guyon ponctionna cet organe par le rectum; mais cette ponction donna lieu à une hémorrhagie si considérable qu'on pensa voir succomber le malade. Pour parer à ce danger si redoutable, M. Guyon eut l'idée de bourrer le rectum du malade avec des bourdonnets de charpie, comme on tamponne le vagin des femmes dans les grandes hémorrhagies puerpérales. Ce moyen fut couronné de succès, malgré les efforts du malade, qui souffrait, en outre, de très-fréquentes envies d'uriner.

Pour opérer la ponction dont nous venons de parler, on introduit l'index gauche, préalablement bien graissé, dans l'anus, et l'on cherche un point fluctuant et sans artère. On peut alors se servir soit d'un bistouri caché, soit d'un bistouri dont la pointe est garnie d'une boule de cire; l'un ou l'autre de ces instruments est glissé sur le doigt, jusqu'à ce que l'on soit arrivé au point voulu. Si c'est le bistouri caché, on en fait saillir la pointe et on fonctionne; si c'est le bistouri muni d'une boule de cire, on fait traverser cette boule par le tranchant de l'instrument, et on incise. Les instruments dont nous venons de parler peuvent être remplacés par un trocart.

Si on a affaire à un abcès tendant à fuser du côté de la fosse ischio-rectale, il faut inciser largement, dans un point avoisinant l'anus, sur les parties latérales, du côté de l'abcès. L'incision, qui doit avoir cinq à six centimètres, comprendra la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Une fois l'ouverture faite, on introduit le doigt avec lequel on déchire les tissus pour arriver jusqu'au foyer. Cette opération doit se faire prématurément, quitte à ne pas avoir de pus le premier jour.

M. Guyon ne pratique les incisions au périnée que secondairement et quand on n'a pas fait assez tôt les incisions dont nous venons de parler; il n'a ouvert qu'une seule fois un abcès de la prostate par le périnée.

Cependant, c'est là une pratique discutable; car, nous l'avons vu, elle peut entraîner de redoutables hémorrhagies, puisque M. Guyon lui-même en a été témoin chez le malade dont nous venons de parler.

Comme M. Guyon, Velpeau préférait ouvrir les abcès de la prostate de bonne heure, que d'en abandonner la rupture aux progrès naturels de la maladie. Mais, d'après lui, le lieu le plus convenable pour cette ouverture serait le périnée, dans un point aussi rapproché

(1) Extrait du Traité des maladies de la prostate, par M. le Dr Picard (pp., 138-142.)

de l'anus que possible. La situation déclive de cette ouverture favorise l'écoulement du pus, ce qui permet aux surfaces de se modifier plus facilement. Malheureusement le pus proémine bien rarement de ce côté, en sorte que c'est encore à la pratique de M. Guyon qu'on est forcé d'en venir, dans presque tous les cas.

La manière d'agir de Thompson est la même que celle des chirurgiens que nous venons de nommer. Si l'abcès proémine dans le rectum, il n'hésite pas à le ponctionner; mais, en l'absence de fluctuation du côté de cet organe, s'il a des raisons de penser, d'après l'examen du périnée, qu'il existe un abcès de la prostate, il pratique sur le raphé, à 18 millimètres environ en avant de l'anus, dans la direction connue de la glande, une incision de 3 à 5 centimètres de profondeur.

Dans les cas douteux, Thompson préfère attendre le résultat de la marche ultérieure de la maladie. C'est qu'en effet, le plus souvent, le pus s'avance vers l'urèthre, finit par s'ouvrir un passage et termine la scène de la manière la plus favorable. Cette terminaison, comme nous l'avons dit, peut-être spontanée; mais souvent le chirurgien peut ici jouer un rôle actif et débarrasser le malade plus promptement.

Ce rôle actif, il le joue assez souvent sans le vouloir; le malade, dont la prostate proémine dans le canal, ne peut uriner et doit être sondé. C'est alors qu'en introduisant le cathéter, et quelle que soit, d'ailleurs, la prudence de l'opérateur, l'instrument pénètre dans le foyer, ce dont on est averti aussitôt par un flot de pus qui s'échappe du canal. D'autres fois, c'est intentionnellement que le chirurgien agit de cette façon. La sonde étant introduite et la symphyse dépassée, il sent l'obstacle et quelquefois même la fluctuation. Alors, au moyen de légers efforts, il peut traverser l'enveloppe de ce kyste, ce dont il est averti, comme dans le cas précédent, par la sortie du pus, à laquelle s'ajoute la sensation d'une résistance vaincue.

Au cas de résistance des parois du kyste, Velpeau conseille d'introduire l'index gauche dans le rectum pour guider la sonde et lui donner plus de fixité, ce qui permet de faire des efforts plus énergiques et en même temps plus assurés. Il fait alors basculer la sonde en bas et en arrière, de manière à l'appuyer sur la paroi inférieure du canal, et il lui imprime en même temps de petits mouvements brusques. Dans le cas où l'on sentirait manifestement la fluctuation entre le doigt et la sonde, Velpeau croit qu'on serait autorisé à se servir d'une sonde à bec conique.

La conduite à tenir serait la même à peu près si l'abcès, occupant la partie postérieure, proéminait dans la vessie; on pourrait l'ouvrir au moyen de la sonde introduite dans cet organe, et appuyée tantôt à droite, tantôt à gauche, sur le trigone vésical et la racine de l'urèthre.

Traitement de la prostatite chronique (1).

Emploi des bougies médicamenteuses (2).

On se sert, dans la prostatite chronique, pour calmer les douleurs, des mêmes remèdes que dans la prostatite aiguë. Les pommades hydrargyriques belladonées y sont parfaitement indiquées. On les emploie en frictions sur le périnée, leur action résolutive s'ajoute à leur action calmante. C'est ici le cas, encore mieux que dans la prostatité-chronique, d'utiliser les suppositoires porte-remède de Reynal : la prostate étant moins douloureuse, ils sont plus facilement supportés, et, comme ils offrent, en outre, l'avantage de fondre beaucoup plus lentement, ils prolongent leur action, ce qui les rend

(1) Loc. cit., p. 143-144.

(2) Les lignes suivantes, empruntées au livre d'un praticien autorisé, viennent à point pour compléter et sanctionner à la fois la note de M. le Dr Jardin, insérée dans notre avant-dernier numéro.

d'autant plus efficaces. On les introduit le soir en se couchant; ils fondent pendant le sommeil, en sorte que le malade n'en est nullement incommodé, et que les douleurs qu'il ressent ordinairement au réveil sont moins sensibles.

On a proposé, pour calmer les douleurs et les spasmes uréthraux, d'introduire dans le canal des bougies enduites de médicaments sédatifs. Ces bougies, d'un maniement difficile, avaient été beaucoup employées autrefois, puis abandonnées. Aujourd'hui, grâce à la forme que leur a donnée M. Reynal, qui fabrique des bougies composées de gomme, de gélatine et de glycérine, plusieurs praticiens, M. Mallez, entre autres, sont revenus à leur emploi. Ces bougies, dans lesquelles sont incorporés des médicaments calmants et astringents, sont d'une mollesse qui les rend inoffensives pour le canal et très facilement maniables; il suffit, pour s'en servir, de les tremper dans l'eau froide, et de les introduire dans l'urèthre. Analogues aux suppositoires du même fabricant dont elles ont la composition, tout en étant moins rigides, elles fondent sur place, comme ces dernières, en enduisant la partie malade du médicament dont ils sont imprégnés.

Avant de commencer l'introduction de ces bougies, il est prudent d'habituer le canal à la présence d'un corps étranger; en y faisant passer tous les jours ou tous les deux jours, suivant sa sensibilité, une bougie de cire molle qu'on y laissera séjourner pendant une ou deux minutes.

Brancards pour le transport des blessés hors du champ de bataille (1).

La figure 1 représente un brancard en bois de forme rectangulaire dont les vides sont remplis par des treillages en fil de fer. Aux extrémités sont fixées quatre tiges destinées à être saisies par les infirmiers pour transporter le brancard.

La figure 2 représente un brancard formé par une claie d'osier; deux tiges en bois passées dans deux cylindres placés sur les côtés du brancard, portent des courroies, dont les unes servent à fixer le blessé et les autres doivent être passées derrière le cou et sur les épaules des infirmiers.

La figure 3 représente un brancard en bois dont les vides sont remplis par des treillages en fil de fer. Il est composé de quatre châssis quadrangulaires articulés les uns avec les autres sur les côtés. Aux quatre extrémités sont fixées des tiges destinées à être saisies par les infirmiers pour le transport du blessé lorsqu'elles sont dans le même plan que le brancard; quand, au contraire, elles sont placées à angle droit, elles forment quatre pieds et le brancard recouvert de coussins se trouve transformé en un lit sur lequel on peut faire commodément les opérations d'urgence.

La figure 4 représente le même brancard replié de manière à former une espèce de crochet, sur lequel on peut asseoir le blessé. Cet appareil est placé sur le dos d'un infirmier.

La figure 5 représente un brancard composé de deux claies en osier portant latéralement des anneaux dans lesquels sont passés deux tiges cylindriques en bois qui les réunissent de manière à pouvoir y étendre un blessé. A l'extrémité de l'une de ces claies est fixée une caisse également en osier, destinée à contenir des appareils et des médicaments.

La figure 6. représente une petite claie en osier destinée à être placée sur le brancard et sur la caisse à pansement, de manière à former un plan incliné sur lequel repose la tête du blessé.

La figure 7 représente les deux claies d'osier rapprochées l'une de l'autre, de manière à former une espèce de crochet sur lequel on peut asseoir le blessé.

(1) (*Suite*). Voir les numéros du 1er et du 15 mai.

Cet appareil est placé sur le dos d'un infirmier pour transporter le blessé à l'ambulance ; la planchette B est entre les deux plans d'osier ; E est le couvercle à charnière de la caisse contenant les objets de pansement.

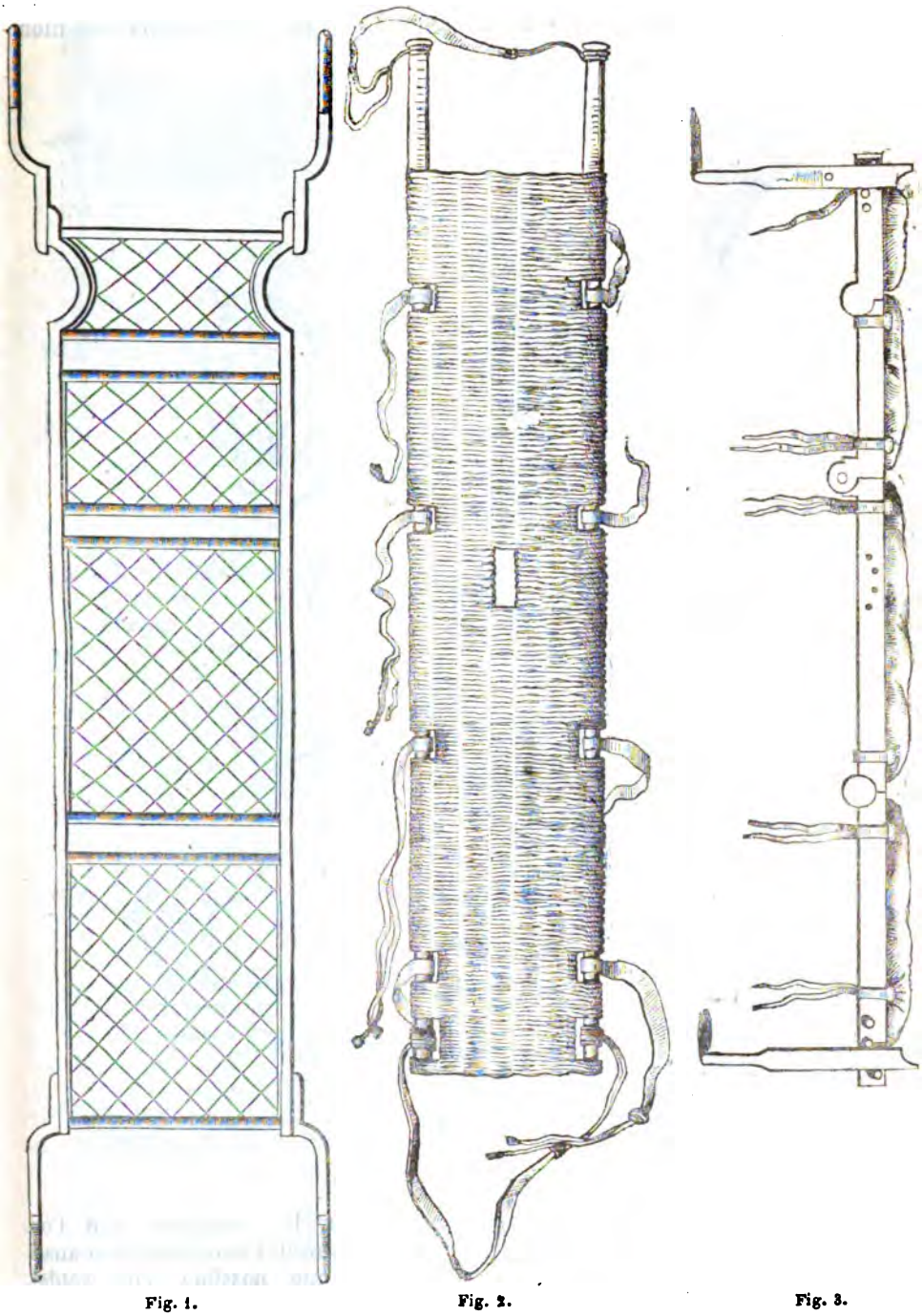
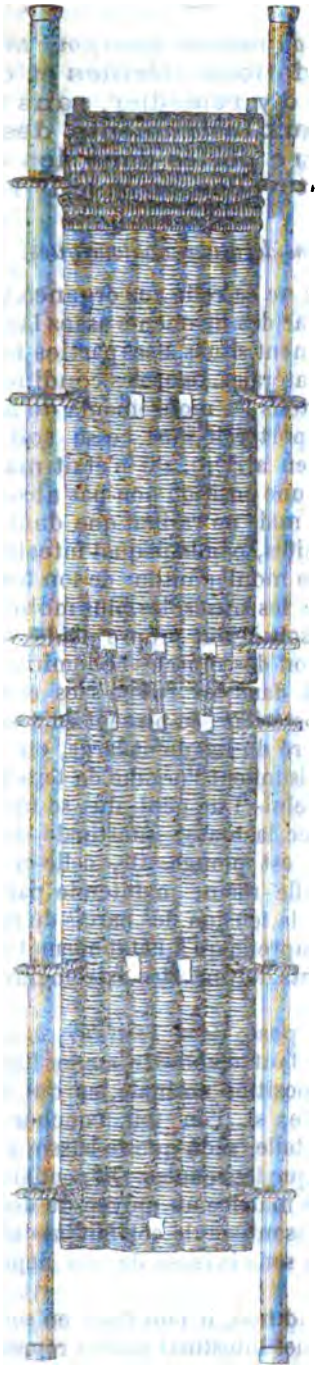


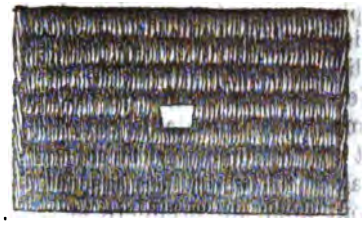
Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Amussat donnait le conseil, lorsqu'un blessé était étendu sur le champ de bataille, de fixer les membres inférieurs avec des mouchoirs ou des bandes, et de faire pivoter le corps entier sur le côté sain, puis de glisser le brancard d'osier contre lui et de le coucher ensuite dessus. Il préférait cette manœuvre à celle qui consiste à prendre le blessé sous les épaules et par les mem-

Fig. 4.

bres inférieurs et à le placer sur le brancard, cette manière d'agir étant toujours très-douloureuse et favorisant de plus les hémorrhagies secondaires. Il insistait sur les avantages que l'on retire toujours de l'immobilisation aussi complète que possible d'un soldat blessé.





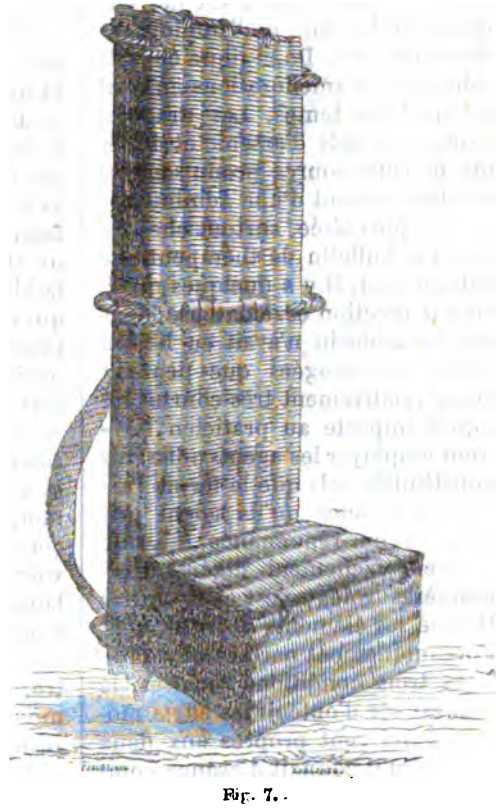


Fig. 7.

Sur l'emploi d'un arséniate de fer naturel dans les dermatoses, par M. le Dr Baron.

Dans les maladies de la peau, en général, l'eau et les dragées de la Dominique sont aussi très-heureusement ordonnées, il faut peu de temps pour que ce médicament réduise les symptômes et atteigne le fond de l'affection.

On sait, d'ailleurs, que l'eczéma s'attaque le plus souvent aux sujets dont le sang laisse à désirer sous le rapport de sa vitalité globulaire, ce qui indique au praticien les bons usages du fer, en même temps que la maladie cutanée, si elle est ancienne surtout et rebelle, indique l'agent arsenical. Les arsenico-ferreux sont donc de première et rationnelle indication thérapeutique dans des cas semblables.

Ainsi, dans l'eczéma, il est des observations où il a suffi de l'administration des eaux de la Dominique de Vals pour obtenir des améliorations au bout de très-peu de temps. Les dragées, composées des sels d'arsenic et de fer extraits de cette source produisent les mêmes effets et sont d'une administration parfois plus aisée, surtout chez les enfants. Un bulletin de thérapeutique publiait, en effet, il y a quelques mois, une cure d'affection eczémateuse, dans laquelle le médecin n'avait eu besoin d'ordonner ces dragées que pendant une durée relativement très-courte.

Ce qu'il importe au praticien lorsqu'il veut employer les agents puissants et reconstitutifs, tels que le fer et l'arsenic, c'est d'abord qu'ils soient pris sans dégoût ou répugnance, ensuite qu'ils soient facilement digérés dans les premières voies ; c'est enfin que le fer atteigne les éléments du sang dont il fait organiquement partie intégrante. Avec ces trois conditions requises, le médecin est sûr d'obtenir les effets modificateurs qui sont propres aux deux agents, et qu'il connaît d'avance comme ce qu'il y a de plus certain en thérapeutique.

Ces conditions paraîtront plus faciles à observer au moyen des dragées de la source Dominique qu'avec toute autre préparation pharmaceutique. L'expérience, qui témoigne déjà en leur faveur sous ce rapport, doit justifier ces appréciations.

GYNÉCOLOGIE

—

Résumé du mémoire ayant pour titre : **Des déviations utérines et des moyens d'y remédier, sans recourir aux instruments destinés à être portés dans les cavités naturelles,** par M. le Dr Fontés.

1° *Considérations anatomiques.*

L'utérus ne se relie aux organes voisins que par des ligaments assez lâches et uniquement situés à ses parties inférieures et latérales. Dans ces conditions, il suivrait tous les mouvements du bassin et se porterait sans cesse soit en avant soit en arrière, s'il n'était maintenu dans une position non pas absolument fixe, mais ne variant que dans de faibles limites, par le paquet intestinal qui vient se mouler autour de son fond, tandis que les anses les plus mobiles, obéissant soit à leur propre poids, soit à la pression des muscles abdominaux, se glissent dans les cul-de-sacs antérieur et postérieur, se placent en avant et en arrière du ligament large, en un mot, emprisonnent l'organe de telle façon que celui-ci ne peut plus se mouvoir qu'avec la masse intestinale dans laquelle il est plongé. Or, celle-ci se trouvant elle-même maintenue par la rigidité ou la tension des parois du ventre, on comprend qu'à l'état normal ces mouvements doivent être extrêmement restreints.

2° Cela posé, *pour remédier à une déviation* il faut d'abord ramener l'utérus à sa position normale, ce qui devient facile, si l'on fait coucher la femme de telle façon que le bassin soit plus élevé que les épaules. On peut alors ramener la matrice au moyen du doigt qui, en agissant sur le col, fait basculer le corps en sens inverse de son déplacement.

En second lieu, il faut faire en sorte que le paquet intestinal vienne reprendre sa place autour de l'utérus redressé, en le disposant de façon à s'opposer à

un nouveau déplacement. C'est là le point essentiel et auquel personne ne paraît avoir songé.

On arrive à ce résultat en maintenant l'utérus en place avec le doigt, pendant que la femme se redresse; car alors les anses intestinales viennent d'elles-mêmes combler tous les vides qui peuvent exister autour de lui.

Quand les parois abdominales n'ont pas subi d'altération, cela suffit souvent pour que la femme soit définitivement guérie. Quand elles n'ont plus une résistance suffisante par suite de grossesses antérieures ou autres causes analogues, la récidive est facile : alors on cherche à remédier au défaut d'action de la paroi du ventre par une ceinture élastique.

D'ailleurs, si on ne voulait pas en rester là, et quel que soit le moyen artificiel de contention de l'utérus que l'on mette en usage, le succès deviendra plus facile pour quiconque tiendra compte des considérations qui précèdent.

Il est évident, en effet, que le mode d'action du paquet intestinal qui contribue à assurer la situation normale de l'utérus, a la même efficacité, quand celui-ci a été déplacé par une cause quelconque, pour le maintenir dans la position vicieuse acquise. Négliger cet élément du problème, quand on cherche à remédier aux déplacements utérins, c'est en rendre la solution à peu près impossible. Et c'est ce qui explique l'incertitude et le peu de solidité des résultats obtenus jusqu'à présent.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Des effets du Podophyllin dans la constipation habituelle et dans les hémorrhoïdes. — Un nouveau travail sur le traitement de la constipation habituelle par le podophyllin comprenant quarante-sept cas, a été publié par le Dr Rousselet. Ayant échoué plusieurs fois alors qu'il employait les podophyllins du commerce, le Dr Rousselet donne la préférence aux pillules de podophylle qui lui ont toujours paru produire des effets identiques. Toutes les fois qu'il a eu affaire à de la constipation habituelle sans cause organique, le traitement a eu le meilleur résultat; mais une grande part doit en revenir au mode d'administration, sur lequel il s'étend longuement.

Il insiste surtout sur la durée du traitement beaucoup trop courte en général. Il estime qu'il faut deux mois, selon l'ancienneté de la constipation pour contracter des habitudes régulières et durables, et encore faut-il y aider en se présentant à la garde-robe tous les jours à la même heure. Il débute d'abord par une pilule d'un centigramme, augmentant d'une pilule si besoin est, jusqu'à l'effet produit, et s'en tient là pendant quinze jours. Puis il n'en donne que tous les deux jours; une semaine après, tous les trois jours, et ainsi de suite, en éloignant d'un jour toutes les semaines. Et s'il se produit une irrégularité, il recommence tous les jours, pour diminuer de nouveau comme précédemment. Pour l'administration, il préfère, à l'heure du coucher qui a été indiquée, celle du dernier repas, alors qu'on prend la première cuillerée de potage. Il conseille aussi aux personnes qui ont l'habitude d'un premier déjeuner le matin de ne se présenter à la garde-robe qu'après avoir pris ce repas, ce qui est, d'après lui, une excellente condition pour établir et maintenir l'habitude.

Quant à la constipation qui est liée à un obstacle mécanique, le podophille ne peut agir évidemment que

comme palliatif, et on pourrait lui substituer tout autre évacuant, et si elle ne conservait encore l'avantage d'être tout à fait inoffensive même avec l'emploi le plus prolongé.

Mais voici une nouvelle application du podophyllin qui est également appelée à rendre de grands services. — Le Dr Rivière, ayant observé que des hémorrhoïdaires auxquels il avait conseillé le podophyllin pour combattre une constipation opiniâtre, avaient vu disparaître à la fois et leur constipation et leurs hémorrhoïdes, eut la pensée d'appliquer directement à cette dernière le même traitement. Voici d'ailleurs ce qu'il dit à ce sujet :

« Que ces malades aient guéri de leurs hémorrhoïdes en en supprimant la cause, rien de plus naturel. Mais je me demandais s'il n'en serait pas de même chez des individus non habituellement constipés. — Il me semblait qu'en leur procurant des selles molles au moyen d'un médicament ne fluxionnant jamais les vaisseaux hémorrhoïdaires, on arriverait également à un bon résultat, et je fus le premier sujet qui me soumis à l'expérience. — Fréquemment fatigué par des hémorrhoïdes, je me mis à faire usage des pilules de podophylle, comme s'il s'agissait d'une constipation, et mes hémorrhoïdes disparurent du jour au lendemain. — Elles se sont reproduites plus tard, mais je les ai fait immédiatement cesser de la même façon. — Depuis, j'ai eu l'occasion d'employer assez souvent le même traitement, et toujours avec le même succès, donnant une à deux pilules de podophylle, d'un centigramme chaque, de façon à ramollir simplement le bol fécal.

» Je n'affirmerai pas cependant que c'est là le mode d'action du podophylle; quoi qu'il en soit, enhardi par ces succès, je me pris également à ordonner le podophylle, non plus seulement aux hémorrhoïdaires chez lesquels cet accident est passager et sans grandes conséquences, mais aussi à des malades atteints d'hémorrhoïdes permanentes et devant nécessiter tôt ou tard un traitement radical. Ces cas ne sont pas rares, et les malades reculant autant qu'ils le peuvent une opération qui n'est pas sans danger et surtout sans douleur, en sont réduits à gémir sur leurs souffrances souvent fort vives.

» Eh bien, chez ceux-là aussi, j'ai toujours observé par l'emploi du podophylle un soulagement immédiat. Plus de douleurs en allant à la selle, plus de sortie des bourrelets hémorroïdaux, facilité absolue pour s'asseoir; et comme état local, diminution considérable du gonflement des vaisseaux.

» Le seul revers de la médaille chez les malades dont je parle, c'est qu'il faut continuer le podophylle d'une façon quotidienne. Mais j'ai vu, après un ou deux mois, des malades interrompre le médicament et avoir de très longs répits; quelques-uns même ne se plaignent plus.

» En résumé, guérison complète jusqu'à nouvel ordre, sauf aussi à reprendre le traitement, dans les cas peu prononcés, ou lorsque les accidents ne sont plus permanents : soulagement rapide et considérable, peut-être même guérison plus ou moins complète chez les autres, voilà ce que j'ai observé, et ce que je livre à l'expérimentation de mes confrères. »

(*France médicale.*)

Du traitement des diarrhées rebelles par l'oxyde de zinc; par le Dr Bonamy, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes. — Dans le cours de l'année 1876, j'eus occasion d'observer, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, un certain nombre de malades atteints de diarrhées rebelles. Ces diarrhées, datant, pour la plupart, de plusieurs mois, étaient caractérisées par l'abondance et surtout par la grande fréquence des selles.

Me rappelant les résultats obtenus contre la diarrhée par M. le professeur Gubler à l'aide de l'oxyde de zinc; je

songeai à l'expérimenter dans ces cas de diarrhées rebelles.

J'adoptai du reste le mode d'administration indiqué par ce savant professeur, c'est-à-dire 3g,50 d'oxyde de zinc, associés à 50 centigrammes de bicarbonate de soude, et divisés en trois ou quatre doses, à faire prendre une toutes les trois heures. Grâce à l'adjonction de bicarbonate de soude, je n'ai point observé de vomissements chez les malades soumis à cette préparation.

Suivent sept observations. Comme elles présentent une grande analogie, nous nous contentons de reproduire la suivante, qui nous semble résumer toutes les autres.

Obs. — Homme âgé de cinquante ans. Il était atteint de diarrhée depuis deux mois, quand il entra à l'Hôtel-Dieu, salle 9, le 23 décembre 1875. A ce moment, les selles, au nombre de huit à dix par jour, étaient constituées par une sérosité bilieuse tenant en suspension des débris épithéliaux. Absence de douleurs bien marquées à la pression du ventre; pas de fièvre.

Les premiers jours, le malade fut soumis à des purgatifs salins répétés, puis à des préparations opiacées, la diarrhée ne se modérait en rien.

Le 31 décembre, je pr scrivis quatre paquets ainsi composés :

T. Oxyde de zinc 3g,50
Bicarbonate de soude » 50

F. Quatre paquets à prendre, un toutes les trois heures.

Le matin du 3 janvier 1876, sous l'influence de cette médication quotidienne, le malade n'avait pas de selles depuis vingt-quatre heures.

Le 4, une selle naturelle, continuation de l'usage des paquets d'oxyde de zinc. Une portion de viande rôtie. Potage gras.

Le 5, la guérison se maintient.

Le 6, le malade sort de l'Hôtel-Dieu, sur sa demande.

Les avantages de l'oxyde de zinc dans les diarrhées rebelles me semblent pouvoir se résumer ainsi :

1° *Supériorité d'action;* puisque toutes les diarrhées contre lesquelles nous avons employé avec succès l'oxyde de zinc avaient résisté aux autres moyens de traitement; puisque dans quelques-unes de nos observations la diarrhée a reparu dès que l'oxyde de zinc a été remplacé par un autre agent;

2° *Rapidité d'action;* des diarrhées, datant de plusieurs mois, ayant été heureusement modifiées dès l'administration des premières doses du médicament. (*Bull. de Thérap.*)

Nouveau mode de drainage des plaies (d'après M. Chiene (d'Edimbourg), par J. Koeberlé. — La modification proposée par l'assistant de Lister au tube à drainage habituellement employé consiste, on le sait, à remplacer ceux-ci par des faisceaux de catgut de huit à seize fils chacun, le long desquels se fait l'écoulement des produits de sécrétion. Ces fils, employés en nombre suffisant, assurent l'écoulement des liquides et se résorbent à mesure que la plaie diminue. Ils ont sur le tube à drainage l'avantage de moins irriter les tissus, de ne pas favoriser l'arrivée de l'air au fond de la plaie et ne nécessitent point enfin les pansements fréqnents auxquels obligent l'entretien du tube.

L'idée d'utiliser la capillarité pour amener les liquides au dehors de la plaie n'est pas nouvelle dans la thérapeutique chirurgicale, et M. Kœberlé notamment l'applique depuis longtemps dans ses opérations en disposant les fils des sutures profondes de manière à ce qu'ils assurent la réunion des surfaces, en même temps que l'écoulement de leurs produits. Toutefois les fils de catgut employés par le chirurgien anglais constituent une innovation précieuse, parce que, tout en répondant à toutes les indications du bon entretien de la plaie, ils ne nécessitent point le renouvellement et la surveillance active du pansement.

M. Chiene n'emploie les faisceaux

de catgut, que lorsqu'il fait usage du pansement antiseptique, et il en fait macérer les fils dans une solution d'acide chromique pour leur donner plus de résistance à l'absorption ; cette dernière précaution de semble pas indispensable à M. J. Bœckel.

M. J. Bœckel relate brièvement l'histoire de trois de ses opérés sur lesquels il a employé ce mode de drainage.

H. J..., 21 ans, amputation secondaire de l'avant-bras pour traumatisme. Drainage au catgut. Pansement de Lister combiné avec le pansement ouaté. Le pansement est enlevé le sixième jour, il y a réunion immédiate de toute la plaie, sauf au niveau des fils de catgut. Le onzième jour tous les fils de catgut ont disparu, la réunion se maintient, et le malade quitte l'hôpital le vingt-cinquième jour.

X..., âgé de 50 ans, cancer de l'extrémité supérieure du tibia. Amputation de la cuisse par la méthode à lambeau antérieur. Réunion immédiate. Drainage au moyen d'un faisceau de catgut de huit fils. Pansement antiseptique et ouaté. Au cinquième jour, une partie des fils de catgut est résorbée ; le septième jour il n'en reste plus que quelques-uns et le drain tombe. La réunion est parfaite dans toute l'étendue du lambeau. Le vingt-quatrième jour le malade sort guéri.

C. T..., 20 ans, tumeur blanche suppurée du genou avec trajets fistuleux multiples. Amputation de la cuisse par le même procédé que dans le cas précédent. Le drain de catgut disparaît le onzième jour. Guérison rapide et définitive au bout de trois semaines.

(*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril.)

De la névropathie uréthrale. — Sous ce nom, le docteur Félix Bron désigne un ensemble de symptômes que tout médecin a rencontré assez fréquemment dans sa pratique, chez des plennorrhagiens qu'il avait tout lieu de supposer parfaitement guéris. Dans un mémoire publié dans les *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, notre savant confrère trace un tableau de maître de ces malades qui, tout écoulement ayant cessé, viennent fatiguer leur médecin en se plaignant de symptômes vagues et désordonnés ; ainsi, lassitude dans les lombes, pesanteur dans la région hypogastrique, sensations pénibles et bizarres dans l'urèthre, miction anormale, extension du malaise aux organes digestifs, sentiment de plénitude dans tout le bassin, etc., etc., tous symptômes qui ne se trouvent guère réunis sur le même individu, mais que nous avons tous constatés isolés ou associés. M. Bron passe ensuite en revue les différents traitements qui ont été employés contre cette névropathie et, après avoir montré leur inanité, il recommande vivement l'emploi de la *sonde* comme étant d'une efficacité quasi absolue. Son mode de faire est bien simple ; il introduit tous les deux jours une bougie molle d'un petit volume, qu'il grossit ensuite progressivement et il la laisse une à deux minutes en place. Au bout de fort peu de temps, ce moyen vient à bout des névropathies les plus rebelles et il n'est pas rare de voir disparaître, comme par enchantement, des souffrances qu'on avait cru, dans le principe, incurables.

Si nous pouvons joindre notre modeste voix à celle plus autorisée de M. Bron, nous aimons à déclarer que ce traitement, employé parfois par nous un peu empiriquement, nous a toujours, en effet, donné d'excellents résultats. (*Le Courrier médical.*)

Moyen d'empêcher la douleur consécutive aux applications du cautère actuel. — Après les applications du cautère actuel, et pour empêcher la douleur qui en résulte, l'auteur utilise le pouvoir anesthésique de l'acide phénique. Il fond, à l'aide de la chaleur, des cristaux d'acide phénique, et, au moyen d'un pinceau, il étend le liquide qui en résulte

sur le point qui a été touché par le cautère, et autour de ce même point. Cette opération doit être faite avant que le malade, qui était soumis à l'influence d'un anesthésique général, ait recouvré sa sensibilité. Cela fait, on applique sur la région cautérisée un léger pansement. Si la douleur reparaissait à la suite d'une cautérisation étendue et profonde, on renouvellerait l'application de l'acide phénique.

(*L'Union médicale.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de la prostate, par le Dr H. Picard (1). — Ainsi qu'il le dit dans sa préface, une étude suivie des maladies des voies urinaires, et un cours professé à l'Ecole pratique ont amené M. Picard à l'idée d'exposer, dans un ouvrage, le résultat de ses travaux. Les progrès accomplis depuis quelques années dans la connaissance et le traitement de ces maladies, lui font espérer que son ouvrage ne sera pas sans quelqu'utilité pour ses confrères.

Le traité des maladies de la prostate forme l'un des volumes que M. Picard se propose de publier sucessivement. Un second volume sera consacré aux maladies de l'urèthre; un troisième traitera des affections de la vessie.

L'auteur a divisé le *Traité des maladies de la prostate* en douze chapitres, dont nous nous bornerons à énoncer les titres, qui sont les suivants :

1° Anatomie chirurgicale de la prostate ;
2° Considérations générales ;
3° Vices de conformation de la prostate ;
4° Blessures de la prostate ;
5° Inflammation et suppuration de la prostate ;
6° Ulcération de la prostate ;
7° Maladies diathésiques ;
8° Cavernes et fistules de la prostate ;
9° Calculs prostatiques ;
10° Kystes de la prostate ;
11° Augmentation du volume de la prostate ;
12° Atrophie de la prostate.

L'énoncé seul de ces chapitres suffit pour établir que l'auteur s'est efforcé de creuser à fond son sujet. Sans faire parade d'une vaine et facile érudition, M. Picard s'est surtout attaché à la question pratique. Les méthodes opératoires sont surtout traitées avec le plus grand soin. De nombreuses figures, intercalées dans le texte, contribuent puissamment à la clarté des descriptions.

Nous ne donnerons pas une grande étendue à cette notice bibliographique, l'ouvrage de M. Picard nous semblant mériter mieux qu'une sommaire analyse. Nous pensons mieux comprendre, à la fois, les intérêts de l'auteur et de nos lecteurs, en faisant quelques emprunts au livre de notre savant confrère. Ce sera le meilleur moyen de mettre chacun à même d'en apprécier l'esprit et l'incontestable mérite. B.

(1) 1 vol. in-8° de 400 pages, avec 83 fig. intercalées dans le texte. Prix : 8 fr. (Baillière et fils, édit.)

Les eaux minérales du Mont-Dore, par M. le Dr Boudant (1).

Les titres de l'auteur nous dispensent de faire un long éloge de son ouvrage. M. le Dr Boudant est professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville ; il est lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine de Paris. Avec de telles garanties, un livre est toujours sûr d'être accueilli avec faveur. Nous n'entreprendrons pas d'en faire une longue analyse. Qu'il nous suffise de dire qu'il est écrit à un point de vue particulièrement pratique. C'est la partie consacrée à la clinique qui, à juste raison, a reçu les plus grands développements. L'auteur affirme, par 141 observations détaillées, l'action bienfaisante des eaux du Mont-Dore dans les

(1) 1 vol. in-8 ds 528 pages. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs.) Prix : 5 fr.

affections suivantes, qui sont successivement passées en revue : le coriza chronique, l'ozène, la pharyngite granuleuse, l'hypertrophie des amygdales, la laryngite chronique, la phthisie laryngée, la bronchite, la bronchorrhée chronique, la phthisie pulmonaire, la pleurésie, la pneumonie chroniques, l'angine de poitrine, les diathèses goutteuse, rhumatismale, herpétique, scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, la chloro-anémie, etc.

Pour exprimer notre pensée en quelques mots, nous dirons que le livre de M. Boudant est d'une lecture attachante et qu'il fournit, sur cette station thermale, les renseignements les plus complets, bien propres à fixer les praticiens sur les indications précises de ces eaux minérales naturelles. B.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1877.

Présidence de M. Bouley.

Phthisie; *mémoire sur sa non-inoculabilité.* — M. Metzquer (de Montbozon) lit un travail intitulé : *Quatrième mémoire sur la non-inoculabilité des phthisies. La phthisie se développe-t-elle par l'ingestion des substances tuberculeuses?*

M. Metzquer a fait onze expériences sur des chats, et deux expériences sur des chiens, qu'il a nourris pendant plusieurs semaines avec des poumons de vache farcis de tubercules.

De ces expériences, M. Metzquer croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les matières tuberculeuses ingérées déterminent, après un certain temps, des phénomènes d'irritation et de phlogose du canal intestinal, au point où ces matières séjournent le plus longtemps; ce fait initial et constant se traduit par de la diarrhée et par de l'amaigrissement.

2° On remarque des thromboses intestinales résultant de l'hypérémie et de la gêne de la circulation. Ces thromboses peuvent donner lieu à des embolies.

3° L'inflammation peut être ulcérative, et alors une voie peut être ouverte, et c'est la seule, à l'infection et à toutes ses conséquences.

4° La pneumonie vermineuse, que certains expérimentateurs prétendent différencier facilement du tubercule, ne peut, à un certain moment, en être distinguée, et a dû, au dire des micrographes les plus habiles, être une cause d'erreur fréquente dans la question. En aucun cas, enfin, l'ingestion d'aliments tuberculeux ne peut être considérée comme une voie d'inoculation de la phthisie.

(Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée.

Fièvre typhoïde. — M. Chauffard monte ensuite à la tribune pour la continuation de son discours sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Il cherche à démontrer l'inexactitude de cette assertion que la fièvre typhoïde serait engendrée par un ferment, ferment figuré ou non. Cette théorie de la fièvre typhoïde engendrée par un parasite est simple et séduisante, mais il lui manque le point principal, c'est la preuve clinique. Si cette théorie était exacte, il faudrait, et on le pourrait presque toujours, arriver à la découverte du germe primordial; sinon, il faut bien admettre que la maladie se développe par spécificité. M. Chauffard ne conteste pas la transmission contagieuse de la fièvre typhoïde, mais il n'admet pas non plus qu'il n'y ait que cette genèse. Les faits rapportés par

M. Guéneau de Mussy et par M. Jaccoud confirment cette manière de voir. Quant aux émanations putrides, elles sont loin de provoquer toujours l'explosion d'épidémies typhiques. Il en est de même pour la contagion. Ces deux causes peuvent engendrer quelquefois la fièvre typhoïde, mais ce n'est pas constant. M. Chauffard cite à ce propos ce qui s'est passé à Londres en 1858-1859, où les puanteurs de la Tamise étaient si considérables pendant la saison des fortes chaleurs : et cependant il n'y eut pas d'épidémie typhique. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas obvier aux dangers des émanations putrides. M. Chauffard ne nie pas que les émanations et la contagion ne soient des agents recteurs, mais ils ne sont pas les seuls. A côté de ces causes, il faut citer l'encombrement, les cohabitations nombreuses dans le même local, l'air confiné et altéré par les exhalations pulmonaires, auxquelles il faut ajouter les fatigues, le surmenage et une mauvaise alimentation.

Parmi les causes, il y en a qui nous échappent. Il y a une réceptivité pathologique indéniable et dont on ne peut donner l'explication. M. Chauffard conclut en disant que si, parmi les causes, il en est qui sont connues, il en est d'autres qui sont encore un problème et qui doivent nous arracher un humble aveu d'ignorance.

Séance du 15 mai 1877.

Présidence de M. Bouley.

M. le Dr Proust, candidat pour la section d'hygiène, lit un travail intitulé : *Des Foyers récents de peste en Orient* (Cyrénaïque, Arabie, Mésopotamie). — *Peste de Bagdad. Influence que peut exercer la guerre d'Orient sur l'extention du foyer de la Mésopotamie.*

M. Broca, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Baillarger et Gavarret, lit un rapport sur un mémoire de M. Armand Fleury, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, intitulé : *Recherches anatomiques, physiologiques et cliniques sur l'inégalité dynamique des hémisphères cérébraux.*

Epilepsie. — M. Lasègue fait une courte communication sur l'*Epilepsie*. En voici le résumé :

L'épilepsie franche, que M. Lasègue prend soin de séparer des maladies épileptiformes, est, suivant lui, une maladie étrange, non pas tant par ses manifestations que par sa manière de procéder. En effet, cette maladie est telle dès le début qu'elle sera jusqu'à la fin. Sa première attaque équivaut à son attaque ultime. Elle ne grandit pas, ne se rapetisse pas, elle reste, du commencement jusqu'à la fin, semblable à elle-même. Les symptômes nouveaux qui s'ajoutent avec le temps aux phénomènes épileptiques proprement dits, ne sont que des complications indépendantes de la maladie principale.

Différente des autres maladies par son évolution, l'épilepsie ne l'est pas moins par le privilége qu'elle a de se soustraire à la loi de l'hérédité, loi qu'elle semblerait devoir subir fatalement cependant, à titre de maladie du système nerveux.

Les épileptiques, en effet, ne sont pas engendrés nécessairement par des épileptiques; ils peuvent naître d'individus atteints d'autres maladies nerveuses ou ayant subi la dégénérescence de leur organisme, mais n'étant pas épileptiques.

L'épilepsie vraie a, en outre, ce triste caractère de ne pas guérir et d'opposer à tous les moyens de traitement une résistance obstinée. Une fois que l'épilepsie s'est installée, qu'elle a donné sa note fondamentale, elle s'immobilise invinciblement. On peut dire que c'est une maladie immobilisée dans les symtômes, dans la marche, dans l'hérédité et dans la guérison.

Les individus qui guérissent ne sont pas des épileptiques vrais; ce sont des gens qui ont eu des attaques épileptiformes, comme les épileptiques par intoxication alcoolique, par exemple,

ou comme les individus devenus épileptiques à la suite d'un traumatisme qui a porté sur la région crânienne.

A vrai dire, l'épilepsie n'est pas une maladie; c'est une infirmité tenant à un vice de conformation cérébrale, lequel peut s'accuser par des signes reconnaissables pendant la vie. Le principal signe est une saillie très-notable d'un des côtés du front, une asymétrie du crâne accompagnée d'une asymétrie de la face.

Outre la saillie anormale du front, il est facile de reconnaître l'existence de déviations de certaines parties de la face, par exemple des orbites oculaires, particulièrement de la voûte palatine, d'où certaines difficultés de la mastication, une gêne et un désarroi de la physionomie dépendant non d'une asymétrie musculaire, d'une sorte de strabisme de la face, comme dans certaines autres affections, mais d'une asymétrie osseuse.

Dans l'épilepsie, il ne faut pas se borner à constater les phénomènes nerveux, mais il convient encore d'étudier le substratum de ces phénomènes, et particulièrement la conformation des os de la base du crâne.

L'épilepsie franche débute à l'âge de la consolidation osseuse du crâne, période flottante, d'ailleurs, et qui n'a rien d'absolument défini. Elle est caractérisée, outre les attaques épileptiques, par une asymétrie osseuse portant sur les os du crâne et de la face, asymétrie facile à déterminer par des signes reconnaissables pendant la vie. En un mot on devient épileptique par suite d'un vice de conformation du cerveau et de son enveloppe osseuse.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS

Séance du 11 avril 1877.

Présidence de M. le Dr Domerc.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suivant un rapport favorable de M. le Dr Delasiauve, le président proclame M. Brulfert membre titulaire de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris.

Extraction de la cataracte par incision linéaire, sans iridectomie. — M. le Dr Bonnefoy présente à la Société une malade à laquelle il a fait à domicile l'extraction de la cataracte sans iridectomie, et prie ses collègues de vouloir bien constater les résultats.

A ce propos, le présentateur fait la communication suivante :

Les nombreux procédés pour l'extraction de la cataracte peuvent se diviser en deux genres :

A, le procédé à grand lambeau (Daviel), qui est aujourd'hui abandonné par la plupart des chirurgiens et des spécialistes ;

B, le procédé par incision linéaire de la cornée, lequel peut se subdiviser, suivant le mode opératoire, en ; *a*, procédé avec iridectomie (de Græfe); *b*, procédé sans iridectomie (Kuchler, Liebreich, Notta).

L'opération avec iridectomie comprend quatre temps : 1° incision de la cornée; 2° discision de la cristalloïde antérieure; 3° iridectomie; 4° extraction du cristallin. Ce procédé présente de graves inconvénients; d'abord il nécessite l'intervention d'un aide expérimenté pour pratiquer l'excision de l'iris; de plus, cette excision est fort douloureuse; enfin, après l'opération, la perte des mouvements de l'iris et la déformation de la pupille occasionnent des éblouissements, qui sont un obstacle à l'acuité visuelle.

Dans le procédé de Liebreich, qui est celui que j'ai adopté, l'iridectomie est écartée, et l'opération ne comprend plus que trois temps : 1er *temps*. Le malade étant couché, on place le blépharostat; on saisit la conjective et on fixe l'œil avec une pince; puis, avec le couteau de Græfe, on incise la cornée au niveau du bord inférieur de l'iris; on retire le blépharostat. 2e *temps*. On en-

trouvre les paupières, on introduit le kystitôme, et l'on déchire la capsule antérieure. 3° *temps*. Le dos de la curette étant appliqué au-dessous de la lèvre inférieure de la plaie, on appuie de haut en bas sur le segment supérieur de l'œil à travers la paupière supérieure. Le cristallin se luxe, repousse l'iris en avant, franchit l'ouverture pupillaire qui s'élargit pour lui livrer passage, s'engage entre les lèvres de la plaie cornéenne, et est reçu sur la curette qui est placée au-dessous de l'ouverture.

Ce procédé présente de nombrexu avantages : il ne nécessite pas l'intervention d'un aide; l'opération est plus facile, moins douloureuse pour le patient, et de plus courte durée; enfin, la pupille, conservant après l'opération sa forme normale, la vision est plus parfaite.

L'opérée que j'ai l'honneur de présenter à la Société des médecies des bureaux de bienfaisance a pu sortir dès le neuvième jour après l'opération, et, avec les verres qui corrigent son aphakie, elle lit couramment les plus fins caractères des journaux (n° 3 de l'échelle de Snellen).

On a signalé bien des fois, au sein de la Société, les nombreux avantages que présente la chirurgie pratiquée à domicile. La chirurgie oculaire me paraît être spécialement dans ce cas. On a remarqué, en effet, que, dans les hôpitaux, et quelle que fût d'ailleurs l'habileté du chirurgieu, les succès étaient moins nombreux que dans les cliniques particulières. Dans celles-ci même, l'accumulation des opérés a de graves inconvénients. Je me rappelle avoir vu, dans une salle de cinq opérés de cataracte en bonne voie de guérison, quatre d'entre eux, affectés d'ophthalmie purulente, ne recouvrer la santé qu'après une atrophie complète du globe oculaire.

M. le Dr Berrut félicite M. Bonnefoy du résultat parfait auquel il est arrivé. La pupille est admirable et la cicatrice cornéenne ne gêne en rien les rayons visuels. Il est heureux, pour sa part, de voir les jeunes chirurgiens adopter l'extraction de la cataracte sans iridectomie.

M. le Dr Bonnefoy ajoute que, néanmoins, il croit devoir pratiquer l'iridectomie quand la cataracte est très-dure, et que la substance corticale fait corps avec le noyau. Dans ce cas, le cristallin est trop volumineux pour franchir l'orifice pupilaire sans rompre l'iris.

Sur la suppression du Bureau central d'admission dans les hôpitaux. — M. le Dr de Pietra-Santa présente quelques remarques sur ce sujet, plein d'actualité. Il étudie successivement, dans ce qu'ils ont de plus essentiel :

1° Le rapport M. Lafont au Conseil municipal de Paris, rapport qui propose de supprimer le Bureau central au point de vue médical, pour le transformer en un bureau administratif, relié par le télégraphe à chacun des hôpitaux de Paris, et l'organisation d'un service de transport gratuit pour les indigents d'un hôpital à l'autre.

2° Le projet de M. le Dr Passant, qui propose de charger les médecins des bureaux de bienfaisance d'un service d'urgence, qui déciderait de l'admission directe des malades dans les hôpitaux, sans les faire passer par le Bureau central, et sans les faire sortir de leur domicile jusqu'à leur admission, projet qui, selon M. de Pietra-Santa, pourrait entraîner des conflits d'attributions entre les médecins des hôpitaux nommés au concours, et ceux des bureaux de bienfaisance, nommés directement par l'administration;

3° Celui de M. le Dr Bourneville, qui ne laisserait aux médecins et chirurgiens du Bureau central que les consultations, vaccinations, orthophédie, bandages, etc., en ajoutant la distribution gratuite des médicaments afférants aux ordonnances ; enfin l'extention la plus grande donnée par tous ces documents à l'assistance à domicile.

Après avoir examiné et discuté tous ces faits, M. de Pietra-Santa formule les conclusions suivantes :

Maintien des visites faites dans tous les hôpitaux par les médecins chefs de service, dont aucun ne voudrait céder la prérogative de se dévouer aux soins des malheureux. Admission directe par chaque médecin dans son service, dans la limite du nombre de ses lits. Maintien du fonctionnement du Bureau central, relié par un fil télégraphique à chaque hôpital, et dirigeant les malades suivant les lits vacants. Payement de frais de transport aux malades ne pouvant se rendre à pied à l'hôpital. En même temps, placement en province des chroniques et incurables qui, trop souvent, encombrent des services destinés aux maladies aiguës.

Les conclusions, ajoute l'orateur, sont, à peu de chose près, celles d'une commission nommée par la Société médicale des hôpitaux, laquelle demande la création, aux portes de Paris, de nombreux hospices, destinés à recevoir le surcroît d'affections chroniques qui attendent leur placement, en occupant des lits de maladies aiguës.

M. le Dr Martin ne pense pas que la question doive être discutée à fond dans cette séance. Le sujet, dit-il, est assez important pour qu'on l'étudie, et il propose de faire ce qu'a fait la Société des médecins des hôpitaux : nommer une commission qui fera un rapport, lequel sera lu et discuté ultérieurement. — Cette proposition, mise aux voix, est adoptée, et M. le président nomme membres de la commission MM. de Piétra-Santa, Gibert, Lafont, Labarraque père, Domerc, président de la Société, et Passant, secrétaire général.

Policlinique.

M. le Dr Courtaux lit une observation de *Rupture de quelques faisceaux du jumeau interne droit, au niveau de leur insertion avec le tendon d'Achille, occasionnée par une contraction spasmodique exagérée du jumeau*, et il le fait suivre d'une discussion assez étendue, dans laquelle il passe en revue les différentes hypothèses qu'on pourrait invoquer pour expliquer la lésion en présence de laquelle il s'est trouvé (v. p. 286).

M. le Dr Gibert regrette que M. Courtaux n'ait pas un peu plus insisté sur le diagnostic avec une rupture veineuse. Cette dernière hypothèse était, en somme, assez plausible et soutenable. C'est un point sur lequel, dans ces dernières années, le professeur Verneuil a appelé l'attention, et qui n'est bien connu que depuis cette époque.

M. le Dr Berrut rappelle que les faits de l'ordre de celui que rapporte M. Courtaux sont relativement assez rares, soit qu'ils se produisent peu souvent, soit qu'on ait peu d'occasion de les observer, quand l'affection marche vite et qu'*on n'appelle point un médecin*. Autrefois, les ruptures tendineuses n'étaient pas admises, bien qu'aujourd'hui on n'en nie point l'existence. Néanmoins, on pense plus volontiers aux ruptures des fibres musculaires.

L'ordre du jour appelle la lecture d'un Mémoire de M. le Dr Fontés sur l'*Antéversion de l'Utérus* (v. p. 294). M. le président en renvoie la discussion à la prochaine séance.

M. le Dr Bouloumié annonce à la Société la récente *Création d'une école normale de garde-malades*, sous la direction de M. le Dr Duchaussoy, agrégé libre à la Faculté de médecine. Avec l'appui d'un certain nombre de confrères, et avec le concours de l'autorité municipale, il a été institué à la mairie du VIe arrondissement, place Saint-Sulpice, un certain nombre de cours gratuits, à la suite desquels auront lieu des examens. Les élèves qui auront montré de la capacité, recevrront un brevet qui les aidera certainement à se placer en ville auprès des malades. M. Bouloumié, après avoir invoqué l'appui moral de la Société, fait ressortir les services que pourra rendre plus tard cette nouvelle institution, pour le trai-

tement médical ou chirurgical des pauvres à domicile.

M. le président remercie M. le Dr Boulbonnié de sa communication et il l'assure de la sympathie de tous les membres de la Société pour l'œuvre de M. le Dr Duchaussoy et de ses collègues.

L'ordre du jour appelle M. le Dr Girault à prendre la parole *sur la Fécondation artificielle* (1).

L'un des secrétaires,
Dr Ed. Larabraque.

(1) Ce travail sera ultérieurement publié *in extenso* dans la *Revue*.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Faculté de Médecine de Paris. — Les cours complémentaires des études médicales pratiques institués à titre d'enseignement auxiliaire, près la faculté de médecine de Paris, sont confiés à des médecins et chirurgiens des hôpitaux choisis, soit parmi les agrégés titulaires où les agrégés libres, soit parmi les docteurs non agrégés.

Les agrégés ou les docteurs chargés des susdits cours sont nommés pour une période de dix années. A l'expiration de ce terme, ils peuvent être renommés.

Toutefois, ces fonctions cessent de plein droit le jour où ils ne font plus partie du corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

***

Service de santé en Turquie. — Un Turc critiquait en public l'organisation du service de santé : « Si je dois mourir à la guerre, je voudrais, disait-il, être tué net, car je redoute nos chirurgiens. Pas plus tard qu'hier, j'aperçois dans la rue, se dirigeant vers moi, un officier tout de neuf habillé et portant un grand sabre. Il me semblait reconnaître la figure de ce futur héros. Quel est mon étonnement lorsque la distance qui nous séparait ayant été franchie, je reconnais un barbier, poseur de sangsues, de mon quartier de Cassim-Pacha ! Il a été nommé chirurgien dans un régiment du Danube. Je frémis en pensant que je tomberai peut-être entre ses mains. » (*Le Temps*.)

Société française d'hygiène. — La Société française d'hygiène vient de tenir sa première séance, au siége provisoire de la Société, 173, boulevard Haussmann.

Le bureau a été ainsi composé à l'élection. *Président :* M. Chevalier, membre de l'Académie de médecine. *Vice-présidents :* MM. Marié Davy, directeur de l'Observatoire de Montsouris, Muller, professeur à l'Ecole Centrale, etc., Moutard-Martin, médecin à l'hôpital Beaujon. — *Secrétaires :* MM. les Drs Saffray, de Pietra-Santa et A. Joltrain. *Trésorier*, M. Tréhyon; *Bibliothécaire*, M. le Dr Cassagne.

***

Fécondités extraordinaires. — Les journaux d'Amiens signalent un cas extraordinaire de fécondité qui vient de se produire à Billancourt, près Nesle (Somme). Une dame Pouillet vient d'accoucher de trois enfants bien conformés et bien portants. Cette femme était déjà mère de quatre enfants, dont deux jumeaux; total : 7, et il y a environ cinq ans qu'elle est mariée.

— Une femme Evain, habitant au bourg de Grand-Auvergne, est accouchée, le 29 avril, de quatre enfants, bien constitués, deux garçons et deux filles.

***

A New-York, a eu lieu dans le courant de ce mois le quatorzième anniversaire de la fondation du collége médical et de l'hôpital pour les femmes. Dans la

réunion qui a eu lieu à cette occasion, neuf docteurs du sexe féminin ont reçu leurs diplômes. Le président du meeting le leur a présenté, dit le *New-York Herald*, avec un beau bouquet de fleurs du printemps. Des discours ont été prononcés. Le révérend docteur Field a démontré combien il était utile d'employer, dans l'œuvre des missions, des femmes sachant la médecine. Il faudrait, a-t-il dit, que tous nos missionnaires fussent des femmes versées dans cette science. Un des professeurs a lu ensuite un mémoire où il note les progrès accomplis par les femmes dans les différentes branches de la science. La séance s'est terminée par la lecture qu'a faite Miss Lydia Craft, au nom des docteurs, d'une adresse dans laquelle elle et ses compagnes faisaient leurs adieux à la Faculté et à leurs camarades.

(*Journal officiel.*)

***

Au sujet du service médical de nuit. — Il y a quelques mois, lorsque fut annoncée l'organisation par la préfecture d'un service médical de nuit, chacun s'empressa d'applaudir, car cette nouvelle mesure avait le double avantage d'assurer à tout malade les secours nécessaires et de sauvegarder parfaitement les intérêts et les jours du médecin. Mais voici que des abus commencent à surgir, et nous croyons de notre devoir de les signaler à qui de droit, afin qu'ils soient promptement réprimés.

Maintes fois nous avons entendu dire que lorsqu'une personne allait au poste de police demander un médecin, les gardes urbains se permettaient de l'influencer dans le choix qu'elle désirait faire. Dans certains quartiers, que nous ne nommerons pas, il est arrivé, *nous a-t-on dit*, que grâce à ce nouveau genre de propagande, un officier de santé *fort peu connu* pendant le jour, a accaparé complètement la *clientèle de nuit*. Les gardes urbains, pour donner plus de poids à leurs arguments, faisaient observer tantôt qu'il était le plus rapproché, tantôt qu'il était le plus expéditif à se lever, tantôt qu'il était un des meilleurs accoucheurs de la ville, etc. Tant que l'authenticité de ces faits ou d'autres analogues ne nous a pas paru démontrée, nous avons cru bon de garder le silence, mais aujourd'hui nous avons des preuves suffisantes pour oser avertir l'autorité et aussi le public médical.

Dans la nuit du 22 au 23 avril, des personnes allèrent au poste de police d'un quartier qui n'est point celui auquel nous avons fait allusion plus haut, demander un médecin pour un accouchement difficile. Les gardes leur communiquèrent immédiatement la liste des médecins de nuit, mais ils s'empressèrent de leur conseiller d'une manière qui ne permettait guère l'hésitation, le choix de M. X..., officier de santé. Le lendemain matin, les parents de la malade, peu satisfaits de l'intervention de M. X..., appelèrent un autre médecin à qui ils racontèrent que les gardes du poste de police leur *avaient imposé* (sic) M. X... et leur avaient affirmé qu'il était *très-fort pour les accouchements* (sic) (1).

Nous ne voulons pas scruter trop profondément les motifs de la prédilection que témoignent les postes de police à certains officiers de santé, car nous dévoilerions peut-être des choses qui ne sont pas à l'honneur du corps médical ; notre but est d'appeler l'attention de l'autorité préfectorale sur les faits que nous avons signalés, persuadé qu'elle rappellera à ses agents qu'ils n'ont aucun droit d'influencer dans leur choix les personnes qui viennent demander un médecin de nuit.

(*Lyon médical.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748

(1) Dans le cas où l'on prendrait notre narration pour une histoire faite à plaisir, nous donnerons aux incrédules des preuves capables de les convaincre.

habitants). — *Du* 3 *au* 10 *mai*, 1,052 décès ainsi répartis : variole, 5; rougeole, 7; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 19; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 53; pneumonie, 83; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 8; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 25; croup, 20; affections puerpérales, 4; affections aiguës, 288; affections chroniques, 478 (dont 193 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 25; causes accidentelles, 31.

Du 10 *au* 17 *mai*, 970 décès ainsi répartis : variole, 2; rougeole, 11; scarlatine, 1; fièvre typhoïde 21; érysipèle, 14; bronchite aiguë, 51; pneumonie, 70; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 9; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 24; croup, 12; affections puerpérales, 9; affections aiguës, 230; affections chroniques, 451 (dont 182 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 32; causes accidentelles, 41.

***

Réponse à un collègue en journalisme. — Un journal de médecine, que nous nous abstiendrons de nommer, car nous avons horreur des personnalités, nous prend à partie pour lui avoir emprunté, sans le citer, l'une de nos *nouvelles*.

Nous avons deux raisons à donner à cette abstention volontaire. La première, c'est que les renseignements, chroniques, faits divers, etc., que l'on puise à toutes les sources, faisant, en quelque sorte, partie du domaine commun, n'ont pas besoin de porter d'étiquette. Chacun les reproduit sans scrupule, et l'on verra bientôt que le secrétaire de la *Revue* n'a pas, sur ce chef, la conscience plus élastique que la plupart de ses semblables.

La seconde raison est plus péremptoire encore. Bien qu'il nous arrive à l'occasion de faire des emprunts, en en citant la source, à la feuille que dirige avec talent notre collègue, ce n'est pas dans ses colonnes que nous avons puisé la *nouvelle* en question. Qu'il veuille bien se reporter au numéro du 3 avril dernier de *la France médicale*, p. 214, il la trouvera textuellement reproduite, *sans sa marque de fabrique*. Comme la nouvelle est fort bien présentée, il est tout à croire que, en cherchant bien, notre susceptible collègue ne manquera pas de découvrir plus de deux larrons.

VARIÉTÉS

La Trichinose (1). — Ainsi la trichyne naît, produit et meurt dans l'intestin ; elle se développe et vit dans les muscles. Plusieurs mois se passent avant que toutes ces transformations se fassent. A l'œil nu, c'est à peine si l'on remarque quelque chose de particulier à ces muscles. Le microscope seul vous fait assister à toutes les évolutions de l'animalcule. Si je ne craignais d'abuser, je vous montrerais que, comme évolution, la trichyne offre beaucoup de ressemblance avec le cysticerque, ver vésiculaire qui produit le tœnia, ver solitaire, mais j'ai hâte de vous décrire les symptômes de la trichynose.

Il ne faut pas croire que cette maladie soit nouvelle. Comme le dit fort bien Virchow, ce qui est nouveau, ce n'est pas la maladie, c'est la connaissance de la maladie. Je ne veux pas détailler ici tous les symptômes de la trichynose. Ils sont très-variés. Tantôt ce sont des signes d'embarras gastriques, d'irritation intestinale et de dysentérie : ils surviennent alors que les trychines naissent dans l'intestin. Puis, lorsqu'elles passent dans les muscles, ce sont des douleurs musculaires avec

(1) (Suite.) Voir numéro du 15 mai

faiblesse, lassitude, raideur, endolorissement, en un mot tous les symptômes de la goutte ou du rhumatisme. D'autres fois, il y a des symptômes fébriles analogues à ceux de la fièvre typhoïde. Le plus souvent le visage est gonflé. La marche de la maladie est quelquefois aiguë et la mort arrive dans la troisième semaine. D'autre fois, le progrès est lent, et, après plusieurs semaines, la convalescence se traîne péniblement : le malade succombe à une consomption lente avec amaigrissement et perte de forces. D'après cette variété de symptômes, on comprend combien la maladie est difficile à reconnaître. On n'arrive à la certitude que lorsqu'on trouve des trichynes dans les mets dont le malade a mangé. Les dangers sont en raison directe de la quantité des trichynes ingérées, de leur multiplication dans l'intestin et du nombre qui émigre dans les muscles.

Et maintenant, peut-on guérir la trichynose ? L'enkystement des trichynes est une sorte de guérison opérée par la nature. Avec la formation du kyste finit la pérégrination des animalcules, et alors tout danger est passé. On n'a pas encore trouvé le moyen de faire périr les trichynes musculaires. Quelquefois pourtant le picronitrate de potasse et la benzine ont donné de bons résultats. Quant aux trichynes-mères, on s'en débarrasse par des vomitifs et des purgations.

Mais, si nous sommes pauvres de moyens pour arrêter le progrès du mal déclaré, nous connaissons les précautions capables d'arrêter le danger.

« Il n'y a qu'un moyen, disait Ricord, de ne pas prendre la maladie dont parle Voltaire, dans une épigramme commençant par ce vers :

« Quand les Français en Italie, »

c'est de ne pas s'exposer à la prendre. » — C'est dur.

Comme c'est surtout la viande de porc qui est justement incriminée et que c'est elle qui a toujours jusqu'à présent déterminé la trichynose, le seul moyen de ne pas être trichynisé serait de ne pas manger de viande de porc.

Lorsque Moïse déclarait le porc un animal immonde et en prohibait l'usage aux enfants d'Israël, il avait bien certainement observé des cas de maladie à la suite de l'usage de la viande de porc ; probablement, cette maladie n'était pas autre chose que la trichynose. Et voilà comment la science, après tant de siècles, est venue consacrer l'expérience ; comment Virchow a donné raison à Moïse. Il en sera toujours ainsi. Est-ce que la physiologie et la pathologie n'ont pas aussi donné raison à Mahomet qui défendait à ses croyants l'usage des boissons alcooliques ? Sans doute la défense est exclusive ; mais ce Prophète avait parfaitement observé que l'abus des spiritueux dans les pays chauds mène très-vite à l'abrutissement intellectuel et à la dégradation physique. Et, entre parenthèses, certains buveurs d'absinthe feraient peut-être bien de lire quelques versets du Koran.....

Mais les savants qui ont étudié la trichynose et les moyens de la prévenir ne sont pas aussi exclusifs que Moïse, ils ne vous disent pas : « Ne mangez plus de viande de porc. » Non. Seulement ils conseillent aux autorités qui ont mission de veiller sur la santé publique :

1° De faire examiner la viande de porc au microscope, avant de la laisser vendre, pour s'assurer qu'elle ne contient pas de trichynes.

Et si cela ne peut se faire, ils recommandent :

2° De ne jamais manger de viande de porc crue ou imparfaitement fumée.

3° De manger cette viande bien cuite, à l'intérieur comme à l'extérieur, parce qu'une température de 70° à 75° centigrades tue les trichynes, et alors tout danger est conjuré.

(*Gaz. Méd. de l'Algérie.*)

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr Hamon (de Fresnay.)

Paris. — Imp. Balitout, Quostroy et Cie, 7, rue Baillif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 12. — 15 JUIN 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Leçon de M. G. SÉE.

De l'Ulcère de l'estomac.

M. G. Sée commence par déclarer à ses auditeurs qu'il leur fera grâce de la partie historique relative à cette affection. Ainsi qu'il est de règle, en pareille matière, il serait, en effet, facile de faire remonter à Hippocrate et à Gallien les découvertes les plus récentes sur cet objet. Il se contente de faire observer que ce n'est qu'à partir du dix-septième ou du dix-huitième siècle que l'on commence à trouver quelques notions précises sur une maladie confondue jusqu'alors avec le cancer de l'estomac.

C'est à Cruveilhier que revient tout l'honneur de cette importante découverte anatomo-pathologique. Ainsi que Laennec, dans le champ de l'auscultation, cet illustre médecin a creusé si à fond son sujet, qu'après lui il n'a laissé possibles que quelques glanes. Un seul point a été par lui négligé : celui qui a trait au mécanisme de la production de l'ulcère.

L'ulcère de l'estomac, a dit Cruveilhier, est une forme spéciale d'ulcération qui n'a d'analogue, dans l'économie, que celle du duodenum.

Anatomie pathologique.—La caractéristique de cet ulcère, c'est sa forme en entonnoir. On constate quelquefois sur ses parois de véritables étages répondant aux membranes muqueuse, musculaire, et même séreuse. Il arrive quelquefois cependant que ces parois, au lieu d'être par étages, sont perpendiculaires.

Ces ulcères sont généralement arrondis. Quelquefois cependant, ils présentent une forme elliptique, en écharpe. Ces dernières dispositions tiennent, d'ordinaire, à la confluence de deux ou trois ulcères.

Quant aux bords de ces ulcères, ils sont abruptes, et comme taillés à l'emporte-pièce. Au-delà de ces bords, la muqueuse est exempte de toute inflammation, soit aiguë, soit chronique. Cette considération est capitale, au double point de vue clinique et thérapeutique.

On a cru longtemps que cette affection entraînait la dyspepsie. C'est une erreur. Les malades qui en sont atteints digèrent à merveille. En effet, le point malade ne dépassant pas la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, le reste de la muqueuse fait parfaitement les frais de la sécrétion peptique normale.

Le fond de l'ulcère est constitué tantôt par la membrane sous-muqueuse, tantôt par la musculeuse, tantôt par la séreuse péritonéale. Il peut se faire encore que l'estomac contracte des adhérences avec les organes voisins, foie, rate, intestin. On a vu un trajet fistuleux s'établir au travers du diaphragme avec les bronches. Ces adhérences s'op-

posent à un épanchement péritonéal promptement mortel. Dans ces conditions, les malades peuvent plus ou moins longtemps conserver la vie.

L'ulcère de l'estomac a son siége d'élection à la paroi postérieure de cet organe où on a constaté sa présence soixante-quinze fois sur cent.

Fréquence. — Terminaison. — La fréquence de cette affection est plus grande qu'on ne serait porté à le croire. Sur 13,605 autopsies pratiquées en Angleterre et en Allemagne, on a trouvé des ulcères cicatrisés dans les proportions de 4 ou 5 p. 100 A Iéna, cette proportion s'est élevée jusqu'à 10 p. 100. Cette fréquence est beaucoup moindre en France, où l'on fait un usage bien plus modéré des boissons alcooliques.

En Allemagne, cette affection est si commune, que 25 chlorotiques sur 100 en sont, à tort ou à raison, réputées atteintes. Dans le pays d'outre-Rhin, quiconque ressent des troubles gastriques, est, en quelque sorte, considéré comme affecté d'un ulcère de l'estomac.

Le fait est que la maladie qui nous occupe n'est pas aussi grave qu'on pourrait le croire. Un grand nombre de malades guérissent, par les seuls efforts de la nature. Rien donc d'étonnant que l'on trouve à l'autopsie des traces d'une lésion qui, souvent, a pu être méconnue pendant la vie.

Les cicatrices qui en résultent ne sont pas, du reste, sans inconvénients. Lorsque l'ulcération siége à la région du pylore, par exemple, elle peut donner lieu à un rétrécissement cicatriciel de nature à compromettre l'existence.

Dans sa marche envahissante, l'ulcération peut atteindre un vaisseau. Si ce dernier est d'un petit calibre, l'hémorrhagie qui en résulte est peu à redouter. Mais, dans les conditions opposées, une rupture vasculaire peut occasionner une hématémèse foudroyante. Ces dangers sont d'autant plus à craindre qu'une maladie antérieure expose davantage ces vaisseaux à une rupture. Ainsi, ils peuvent être athéromateux. L'alcoolisme, la syphilis sont également susceptibles de prédisposer à une rupture. Dans ces conditions, la moindre cause, la seule action du suc gastrique peuvent déterminer une hémorrhagie quelquefois funeste.

Étiologie. — Si la question de l'étiologie n'est pas encore bien avancée de nos jours, on n'en peut dire autant de la statistique. A cet égard, on a accumulé des chiffres, qui n'ont pas abouti à de grands résultats pratiques. Les uns ont estimé que l'on rencontrait l'ulcère de l'estomac trois fois plus souvent chez la femme que chez l'homme. Les autres ont trouvé que deux femmes en étaient atteintes contre un homme. D'autres, enfin, ont avancé que les deux sexes en étaient également affectés. Ces considérations sont peu importantes au point de vue pratique. Concluons, si l'on veut, que les femmes, sont plus souvent affectées d'ulcère de l'estomac que les hommes. Mais, en somme, que nous importe? Cette notion ne nous fournit pas un renseignement bien précieux au point de vue de la question la plus essentielle, concernant le traitement.

Les Allemands et les Anglais ont établi que l'ulcère de l'estomac se trouvait plus fréquemment chez les vieillards que chez les enfants et les adultes. C'est là une pure naïveté. Il est établi que, souvent, cette affection guérit spontanément. Ce n'est qu'à un âge plus avancé qu'il y a lieu de pratiquer l'autopsie de ces sujets. Il n'est donc pas étonnant que les lésions se trouvent plus fréquemment chez les vieillards que chez les jeunes gens et les adultes. La vérité, c'est que cette maladie se produit d'ordinaire vers l'âge de vingt ans. Il est prouvé, aussi, qu'elle peut persister des années, dix, quinze ans et plus.

On a prétendu que l'anémie, la chlorose, la délibilité constitutionnelle étaient autant de causes prédisposantes à cette affection. Les Allemands,

surtout, ont beaucoup exagéré sa fréquence chez la femme. C'est à l'ulcère notamment, qu'ils ont pour habitude d'attribuer les hématémèses, qui ne sont qu'une métastase des règles. Ce sont là des erreurs qui, nombre de fois, ont été rectifiées par l'autopsie.

On a également prétendu que les tuberculeux y étaient particulièrement prédisposés. La vérité est que l'estomac peut être affecté de tubercules, au même titre que les poumons, les plèvres, etc.

Les causes contingentes de l'ulcère stomacal, sont donc mal connues. Tout ce que l'on sait, sur l'étiologie de cette affection, c'est qu'elle atteint de préférence les femmes, le jeune âge, les chlorotiques, les anémiques et les sujets adonnés aux habitudes alcooliques.

Mécanisme de la production de l'ulcère de l'estomac. — M. Sée commence par faire savoir à ses auditeurs que l'on chercherait en vain, dans les livres, une bonne explication relative à cette importante question.

Neuf fois sur dix, continue-t-il, il est possible de s'expliquer mécaniquement la genèse de l'ulcère gastrique. Il est occasionné par l'action du suc gastrique. Pour expliquer cet effet nuisible, il faut de deux choses l'une : ou que cet acide soit sécrété en proportions surabondantes, ou que les glandes peptiques fournissent une réaction alcaline insuffisante.

La première hypothèse est inacceptable. En effet, jamais le suc gastrique n'acquiert une acidité telle que son contact avec la muqueuse le rende susceptible de la détruire sur un point aussi circonscrit. En pareils cas, son action serait tout au moins générale, tandis qu'ici il y a une localisation des plus restreintes.

La seconde hypothèse est la seule admissible. Les glandes peptiques ne déversent pas à la surface gastrique une quantité suffisante de principes alcalins pour la neutralisation, à un dégré voulu, du suc gastrique. Or, à quelle source les glandes peptiques puisent-elles ces principes alcalins? Elles les empruntent au sang, qui a cette dernière réaction. Admettant donc que, pour une raison quelconque, le fluide nourricier n'arrive pas, avec une abondance physiologique, dans un point quelconque des parois du ventricule, ce même point se trouve dans les conditions qui sont susceptibles de produire la lésion dont il s'agit.

Aux deux causes précédentes : action superficielle du suc gastrique, alcalescence du fond des parois gastriques, une troisième cause doit se surajouter, pour expliquer la génèse de l'ulcère de l'estomac. Cette cause, c'est l'arrêt de la circulation sur un point circonscrit de ses parois.

Eh bien! c'est précisément ce que les nécroscopies ont permis de vérifier dans les deux tiers des cas. On trouve, en effet, dans ces conditions, soit des embolies, ce qui est le plus rare; soit des thromboses, ce qui est plus fréquent; soit des infractus hémorrhagiques, dans les parois de l'estomac. Dans d'autres cas, on a aussi trouvé les artères malades, athéromateuses, et plus aptes, par là même, à subir l'influence nocive de l'acide gastrique.

Les conséquences de cet état particulier s'expliquent aisément. Il a pour effet de déterminer une olighémie, et, partant, une sub-alcalisation des liquides peptiques. De là résulte une suracidité relative d'acide gastrique. Ce dernier devient ainsi un élément destructeur, dont les effets se font sentir plus ou moins loin, en surface et en profondeur.

Dans un dixième des cas, environ, on n'a trouvé aucune lésion vasculaire pour rendre compte de la production des ulcères. Peut-être n'a-t-on pas bien cherché? Peut-être, aussi, le corps du délit avait-il disparu après avoir produit ses effets? Sans s'efforcer de forger des hypothèses plus ou moins vraisemblables, il faut prendre les faits tels quels. Une théorie qui donne la raison de

neuf cas sur dix, peut bien permettre de négliger le dixième, en attendant mieux.

(*A suivre.*) Dr Renoux.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Leçon de M. le professeur Gosselin.

§ 1. — Des Tumeurs bénignes de la mamelle.

Une jeune femme de la ville, âgée d'une trentaine d'années, d'une tenue très-convenable, ne voulant pas entrer à l'hôpital, vient se faire opérer à la clinique d'une petite tumeur du sein droit. M. Gosselin pratique cette opération dans l'amphithéâtre. La malade supporte cette épreuve douloureuse avec un grand courage, l'habile chirurgien n'ayant pas jugé convenable de la soumettre aux vapeurs anesthésiques. La petite plaie est réunie par première intention au moyen de longues bandelettes agglutinatives. Une épaisse couche d'ouate est posée sur les bandelettes, puis assujettie par quelques tours de bande. Cette jeune femme ayant quitté l'amphithéâtre, M. Gosselin entre, sur les tumeurs de cette nature, dans des considérations intéressantes, que nous allons nous efforcer de résumer.

Cette tumeur, du volume d'une noix, indolore à la pression, était mobile sous la peau, mobile aussi sur les parties profondes.

Était-ce une tumeur fibreuse sous-cutanée? Non, car à l'inverse des tumeurs que MM. Bérard et Denonvilliers appellent fibromes sous-cutanés douloureux, celle-ci était absolument indolente. Il est loin, nous le répétons, d'en être ainsi dans les névromes dont nous parlons, dans lesquels la douleur à la pression est extrême. Cette douleur est due au développement des filets nerveux qui se sont formés dans son perenchyme. Dans l'espèce, il ne faut donc pas penser à un produit pathologique de cette nature.

Tenant compte du défaut de développement des filets nerveux, s'agirait-il d'une tumeur fibreuse indolente? Le degré peu prononcé de consistance de cette tumeur, son volume plus considérable que celui des fibromes, font écarter de l'esprit cette seconde supposition.

Son siége, uni aux caractères déjà mentionnés, donnerait plutôt lieu de croire à un développement partiel de la glande mammaire, à une tumeur adénoïde. Telle est l'idée à laquelle s'est, en effet, arrêté M. Gosselin.

En opérant l'ablation de cet adénome, il en a effectué la dissection avec le plus grand soin, dans le but de rechercher une disposition caractéristique. Ces sortes de tumeurs sont enveloppées d'une membrane celluleuse qui les isole, en quelque sorte, des tissus voisins. Il en a été ainsi, en effet, dans le cas dont il est ici question.

Au simple coup d'œil, dans l'aspect de la coupe qui en a été faite, on ne trouve rien de bien caractéristique. Le tissu est grisâtre et légèrement lobulé; un peu dur. On n'y découvre aucun élément de tissu fibreux franc. On y constate une petite apparence lobulée, mais sans sillon ni dépression, à proprement parler. Le microscope dira s'il existe des tubes de tissu glandulaire, avec épithélium. Il s'en trouvera sans doute, car à l'œil nu, on peut reconnaître une tumeur fibreuse un peu insolite, mélange de tissu fibreux entremêlé de tissu graisseux.

Jusqu'à Astley Cooper, qui s'est le premier occupé sérieusement de ces sortes de tumeurs, on considérait ces produits hétéromorphiques comme de petits cancers du sein. Comme les opérations qui étaient pratiquées en vue de les enlever, n'étaient pas suivies de récidive, les chirurgiens étaient heureux de leurs succès. On désignait ces néoplasmes sous le nom de tumeurs squirrheuses superficielles. L'illustre chirurgien anglais, en faisant l'étude des affections mammaires, avait reconnu que l'opération n'était pas tou-

jours suivie de récidive, et que les produits enlevés présentaient, en pareils cas, les caractères du tissu de la mamelle. De là le nom de tumeurs mammaires chroniques qu'il leur avait imposé.

Cette étude fut poursuivie par Cruveilhier qui, de 1835 à 1837 décrivit, à l'Académie de médecine, les caractères macroscopiques (il n'était pas alors question de microscope) des tumeurs fibreuses de la mamelle. Velpeau reprit à son tour cette question, et, frappé de l'analogie de ce tissu de nouvelle formation avec celui de la glande mammaire, il a imposé à ces tumeurs la dénomination de tumeurs adénoïdes. Pour lui, la cause étiologique devait en être rapportée aux contusions si fréquentes de cet organe délicat, contusions d'où résulterait une extravasasion de sang, qui se transformerait en un autre tissu. On ne saurait le nier, une telle explication est aussi simple que séduisante.

Quoi qu'il en soit de ces considérations hystologiques et étiologiques, au point de vue clinique, on peut désigner cette variété de produits néoplasiques sous le nom de tumeurs bénignes du sein. La femme qui en est atteinte peut la porter longtemps sans en être incommodée. L'opération ne donne lieu à aucune récidive.

Quelles sont donc les raisons qui peuvent engager le chirurgien, ainsi que dans le cas ci-dessus, à l'ablation de ces tumeurs bénignes?

Les raisons sont de plusieurs ordres. En premier lieu, lorsqu'elles sont développées chez de jeunes sujets, elles sont loin de rester toujours stationnaires. Elles sont susceptibles parfois de prendre des développements, de s'enflammer, de donner lieu à des trajets fistuleux. Elles peuvent devenir le point de départ de un on de plusieurs kystes énormes. Il arrive donc un moment où l'opération est devenue une nécessité. Ne vaut-il pas mieux prendre l'initiative et procéder à l'ablation dans le moment où elle ne comporte qu'une incision presqu'insignifiante, tandis que plus tard elle est susceptible de nécessiter une véritable mutilation?

Ce n'est pas tout, les femmes atteintes de ces sortes d'affections sont rarement raisonnables. Talonnées par l'inquiétude, elles portent incessamment la main sur leur tumeur, l'irritent, l'enflamment et en accélèrent le développement. Leur tête se monte, elles entretiennent leurs amies et connaissances de leur affection, le mot de cancer est prononcé; le souvenir d'une foule d'histoires lugubres est journellement évoqué. Bref, le sommeil se perd, l'appétit s'en va, et la malade tombe dans un véritable état de dépérissement.

C'est pour éviter toutes ces tristes conséquences qu'il est, à tous égards, préférable de débarrasser de bonne heure les pauvres femmes d'un compagnon aussi dangereux. *Principiis obsta!* Cette opération ne les expose à aucun péril; elle se fait très-rapidement. Il ne faut donc jamais hésiter à l'effectuer, toutes les fois qu'une malade en manifeste le désir. Tel a été le cas de la jeune femme que vient d'opérer M. Gosselin, et qui lui a inspiré l'intéressante leçon dont nous venons de présenter le résumé à nos lecteurs.

§ 2. — Phlegmon *sui generis* de la main, causé par des durillons enflammés.

Au n° 25 *bis* est couché un homme qui mérite de fixer un moment l'attention. Manouvrier, accoutumé à se servir d'outils pesants, il a des durillons à la face palmaire des mains. Ces durillons se sont enflammés, et ils ont développé un phlegmon *sui generis*, c'est-à-dire avec gonflement notable des doigts, et traînées rouges à la face dorsale de la main. Bien qu'il y ait tout lieu de croire à la formation de pus, la fluctuation est obscure et même fort douteuse. La dureté de la peau s'oppose, en effet, à la production de ce phénomène.

Or, l'expérience a appris à M. Gosselin que, quand, au dixième jour de la

maladie, la résolution n'est pas en voie de se produire, il y a tout à penser qu'il s'est formé une collection. Dans ces conditions, il est indiqué d'ouvrir l'abcès, en l'absence même de la fluctuation. C'est ce qui a été fait chez ce malade. Cette ouverture a donné lieu à l'évacuatien d'une quantité de pus relativement considérable.

Il n'en est pas, dans les cas analogues ainsi que dans les panaris. Dans l'espèce, les formes de l'organe se rétabliront, les fonctions de la main seront conservées.

C'est que, pour peu que l'incision soit convenablement pratiquée, le bistouri ne doit atteindre que les parois superficielles, et non la paroi postérieure du foyer purulent. Dans ces conditions, l'inflammation ne peut s'étendre aux gaines tendineuses. Partant de là, il ne saurait se former d'adhérences.

Quant aux durillons, ils seront conservés, ce qui revient à dire que le malade ne se trouvera nullement à l'abri de nouvelles récidives, les mêmes causes étant toujours susceptibles de produire les mêmes effets.

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Du traitement des Hémorrhoïdes par la dilatation forcée des sphincters de l'anus, par le Dr J. Fontan.

Le traitement des hémorrhoïdes, par la dilatation forcée, est un dérivé du même procédé appliqué à celui de la fissure à l'anus par Boyer, Récamier, Maisonneuve, Monod, etc.

La découverte de ce procédé, aussi inoffensif qu'efficace, ainsi que tant d'autres, a été due au hasard. Voici les circonstances qui ont amené à ériger en méthode un mode de faire qui tend chaque jour à se répandre davantage dans la pratique.

Au nombre des complications des varices ano-rectales se trouve la fissure. C'est pour combattre cette douloureuse complication, que cette méthode a d'abord été mise en usage. Or, il est souvent arrivé que la dilatation forcée guérissait à la fois les malades et de leur fissure et de leurs hémorrhoïdes. Cette coïncidence n'avait pas suffisamment frappé l'attention des chirurgiens, quand il fut donné à M. Fontan de tirer lui-même un double bénéfice de ce mode de traitement.

Atteint d'hémorrhoïdes externes extrêmement douloureuses, et soupçonnant une complication de fissure anale, il subit, le 3 juin 1875, une dilatation forcée. Avec les symptômes de la fissure disparurent à la fois ses complications : constipation, hémorrhagies quotidiennes, turgescence permanente, procidence, réduction lente et difficile. Les tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes disparurent presque complètement.

Cette coïncidence entre la déchirure du sphincter et la suppression des hémorrhoïdes parut à notre confrère la filiation naturelle de deux faits connexes. Il en conclut que le spasme sphinctérien, cause essentielle de la douleur, provoque ou entretient le plus souvent le flux hémorrhoïdal; c'est aussi lui qui favorise le développement ultérieur du bourrelet. Cette relation de cause à effet une fois déterminée, la déduction était facile. Il devait suffire d'attaquer le spasme pour soulager, améliorer, et même guérir les hémorrhoïdes.

C'est ainsi que, par une pente naturelle, M. Fontan fut amené à conseiller la dilatation forcée, non-seulement contre la sphinctéralgie compliquant les hémorrhoïdes, mais qu'il en vint surtout à la préconiser comme un traitement rationnel des hémorrhoïdes elles-mêmes.

L'épreuve clinique ne tarda pas à sanctionner cette manière de voir. C'est après avoir mis un certain nombre de fois, avec un succès constant, cette méthode à l'épreuve, que M. Fontan en fit l'exposé dans un mémoire qu'il présenta, au mois d'octobre 1876, à la

Société de chirurgie de Paris. C'est ce même mémoire, dont il vient de confier la publication à MM. J.-B. Baillière et fils.

La partie de cet ouvrage la plus digne d'intérêt pour le praticien, est celle qui a trait au procédé opératoire. En conséquence nous croyons bon de la reproduire presqu'en son entier.

« Comme soins préliminaires, écrit M. Fontan, le malade doit être à jeun et avoir le côlon parfaitement vide.

La nécessité de l'anesthésie préalable est indispensable. Elle supprime la douleur, prévient la syncope par action réflexe des nerfs sensitifs de l'anus sur les nerfs d'arrêt du cœur. En outre, elle facilite la dilatation; mais il faut pour cela que l'anesthésie soit poussée assez loin, car les sphincters sont les derniers muscles de la vie de relation influencés par les agents anesthésiques. C'est pour cela que je recommande l'emploi de l'éther sulfurique, comme moins dangereux, à cause de la longueur forcée de l'opération; à cause du sommeil à fond qu'il faut obtenir, et aussi parce qu'il prédispose moins aux syncopes que le chloroforme.

Le sujet étant profondément endormi, est placé le siége reposant sur le bord du lit, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci maintenues écartées par deux aides. Le chirurgien introduit avec précaution dans le rectum l'index de la main gauche préalablement bien cératé et s'efforce d'atteindre et de dépasser la limite supérieure du sphincter interne. Alors il retourne la face palmaire du doigt vers le coccyx, embrassant ainsi la partie postérieure des deux sphincters dans une espèce de crochet formé par son indicateur recourbé. Même manœuvre, mais en sens inverse, avec l'index de la main droite.

Il écarte alors doucement et progressivement les doigts en sens opposé, suivant le diamètre coccypubien, mais sans pourtant arriver aux plans osseux. Il répète la manœuvre dans le sens du diamètre bi-ischiatique, puis suivant les diamètres intermédiaires. Chaque fois, il maintient pendant une demi-minute ou une minute l'allongement des fibres musculaires. Cette première phase de l'opération a déjà produit un certain degré de dilatation, mais qui n'est point suffisant, car vous sentez vite les fibres se rétracter.

Le chirurgien, sans sortir les doigts du rectum, et même en leur adjoignant les deux médius, répète alors les mêmes manœuvres d'élongation, mais en les portant plus loin. Si ses doigts sont fatigués il peut les remplacer par les deux pouces. Enfin, après trois ou quatre séries de dilatations, qui toutes doivent être douces, lentes, mais progressives, il arrive à appuyer la pulpe de ses doigts contre les plans osseux qui limitent les deux diamètres antéro-postérieur et bilatéral. Il éprouve alors la sensation d'une résistance vaincue. Cette sensation est typique. Ce n'est point la sensation de déchirure, il n'y a pas de craquement perçu par les doigts, mais une sensation que j'essaierai de caractériser en la comparant à celle que vous donnerait un anneau de gomme élastique que vous dilateriez après l'avoir chauffé; il serait extensible, mais plus rétractile.

Il en est de même pour les sphincters, ils se laissent dilater jusqu'à une certaine limite, au-delà de laquelle ils perdent momentanément une de leurs propriétés, la rétractilité.

Dilatés jusqu'aux plans osseux du bassin ils n'accompagnent plus vos doigts ramenés vers le centre du rectum. Ce dernier lui-même est alors béant et laisse voir les nombreux plis de sa muqueuse d'un rouge vif.

Autant que possible, cette dilatation doit être obtenue sans une gontte de sang, et d'une façon lente et progressive.

L'élongation ultime doit elle-même être maintenue une ou deux minutes, et à plusieurs reprises. C'est, pour moi, la manœuvre qui doit remplacer le massage de Récamier, qui aurait le

tort de pétrir et de broyer des tissus déjà trop disposés à s'enflammer.

Aussi, dans mes premières propositions, quand j'ai dit : opération de Récamier, c'était en opposition à l'opération de Boyer; c'est-à-dire que j'avais en vue, dans ma pensée, la *dilatation* opposée à la *section* du sphincter.

Quelques chirurgiens ont substitué à la dilatation digitale la dilatation instrumentale. Ils se servent de l'instrument à élargir les gants, du spéculum bivalve, du spéculum utéri d'Ambroise Paré, etc.

J'ai utilisé moi-même au début le spéculum d'Ambroise Paré, mais je lui fais les reproches suivants :

Pour obtenir une dilatation suffisante, il faut maintenir sa base fortement appuyée contre l'anus, et alors on a tout à craindre de son extrémité qui est très-longue, et qui peut aller contusionner, et même déchirer le rectum, précisément où Simon a constaté dans ses expériences de dilatation, que les déchirures étaient le plus faciles.

En outre, il a le tort grave, comme tous les autres instruments, de ne pouvoir suppléer au tact si intelligent des doigts. Qu'on l'utilise pour des cas de fissure, passe encore, mais pour une dilatation sur une région atteinte de varices, plus ou moins friables et prédisposées à la phlébite, c'est ce que je ne conseille pas.

Avec les doigts, au contraire, vous *verrez* ce que vous faites, vous aurez la notion exacte de la force à développer proportionnellement à la résistance; vous vous rendrez compte de ses effets immédiats, vous serez sûrs *de dilater les deux sphincters à la fois, l'externe et l'interne, condition* sine quâ non *du succès*.

Si vous trouvez des hémorrhoïdes internes pendantes au-dessous du sphincter interne, vous éviterez, autant que possible, de les comprimer entre votre doigt et le cordon musculaire. Vous ferez porter la dilatation sur un point intermédiaire à ces paquets variqueux. En un mot, vous agirez avec prudence et circonspection, surtout, si vous opérez au moment d'une attaque violente d'hémorrhoïdes.

Bien que je connaisse des faits précis où, même pendant une crise d'étranglement, la dilatation forcée a eu plus tard d'excellents résultats, sans le moindre inconvénient au moment de l'attaque, je serais porté à conseiller de faire l'opération en deux fois. Au moment de la crise, se contenter de faire bénéficier le patient d'une dilatation prudente et modérée, tout en étant suffisamment efficace contre les symptômes du moment. Puis réserver pour plus tard une opération plus complète, dirigée alors contre l'affection hémorrhoïdaire elle-même.

Les suites immédiates de l'opération sont fort simples. Une douleur contuse assez forte, mais que les opérés préfèrent à celles de la sphinctéralgie; quelquefois un peu de dysurie; voilà ce qu'on constate dans les deux ou trois premières heures qui suivent la dilatation, si elle a été faite avec les précautions indiquées. Quelques compresses mouillées sur l'anus suffisent comme pansement.

Si, au contraire, le chirurgien a cherché à rupturer le sphincter, par une dilatation brusque, violente et instantanée, la scène change du tout au tout. Il y a peu d'écoulement sanguin par l'anus, le pourtour de ce dernier est ecchymosé, et le sang s'extravase de proche en proche. Puis surviennent, assez rapidement, des douleurs violentes, parfois même atroces, avec une dysurie très pénible qui durent de cinq à huit heures. La glace appliquée *loco dolenti* ne parvient pas à calmer ces horribles souffrances. Seule la compression paraît avoir quelque efficacité.

Quant aux suites prochaines, elles sont d'une simplicité surprenante.

Le lendemain ou le surlendemain, le malade sent le besoin d'aller à la garde-robe, et comme cette perspective l'effraie beaucoup, il s'y prépare avec appréhension. Faites-lui prendre alors un lavement émollient, et recommandez-lui de se lever du siége aussitôt que le

lavement aura été évacué, car la défécation s'opère en bloc, et en un temps; et si le malade, qui n'a pas eu conscience du passage des matières, pousse tant soit peu, comme il en a du reste depuis longtemps l'habitude, il ne réussit qu'à faire prolaber sa muqueuse rectale. Il faut l'avertir de cette particularité.

Il est alors tout étonné de ne point avoir souffert davantage, et son prolapsus se réduit de lui-même. Enfin, au bout de cinq ou six jours, les malades peuvent se lever et reprendre leurs occupations.

Ils sont guéris d'abord des symptômes fibreux de leurs hémorrhoïdes, et plus tard de leurs varices elles-mêmes.

La guérison est-elle durable?

Une affirmation trop absolue serait encore prématurée. Jusqu'ici je n'ai pas constaté de récidive sur les malades que j'ai pu observer. De son côté, M. Verneuil paraît croire à la durée du résultat obtenu. Néanmoins il ne serait pas impossible de rencontrer, après un laps de temps plus ou moins long, quelques rares exemples de récidive. Mais, je n'hésite pas à le dire, cette considération ne doit point effrayer le malade, ni arrêter le chirurgien. Le traitement des hémorrhoïdes par la dilatation, telle que je la conseille est si simple et si innocent, que la nécessité plus ou moins aléatoire d'une nouvelle opération, ne doit point être un motif d'exclusion pour le procédé. »

Quelques réserves doivent être faites dans l'application de cette méthode.

Lorsque les hémorrhoïdes sont enflammées, le moment n'est pas favorable pour pratiquer la dilatation forcée. Il est prudent de ne rien tenter qu'après la chute de l'inflammation.

Lorsque les malades porteurs d'hémorrhoïdes sont en même temps affectés d'une procidence de la muqueuse du rectum, il est un procédé qui, selon M. Trélat, est préférable à celui de la dilatation. C'est l'ignipuncture.

Il est, enfin, une condition signalée avec raison par M. Verneuil comme excluant également ce mode opératoire. C'est, lorsque les hémorrhoïdes sont passives, et qu'elles sont liées à un obstacle à la circulation de la veine porte. En pareils cas, l'éminent chirurgien de la Pitié conseille l'hydrothérapie, qu'il considère comme un mode de traitement héroïque.

Le Vin de Saint-Raphaël au point de vue de l'hygiène, par M. le Dr Xavier Blanchin.

A-t-on remarqué ce fait assez étrange que, de notre temps, la santé est entrée dans le domaine de la médecine?

Autrefois, quand on se portait bien on vivait dans l'indépendance complète du médecin. L'hygiène alors était une science complétement indépendante de la thérapeutique.

D'où vient qu'il n'en est plus ainsi, et que, pour tous les âges, on fait venir le docteur afin de savoir quel milieu, quelle atmosphère, quel vêtement, quelle nourriture, quelle boisson, il importe de choisir selon les cas et les individus?

La réponse à toutes ces questions est bien simple, c'est que la santé, de nos jours, n'est pas une santé sans défauts, une santé qui ne laisse rien à craindre ou à désirer de mieux pour le bien-être organique.

Qu'est-ce qui pèche donc dans notre organisation commune, qu'il en soit ainsi pour tout le monde? Il y manque la force vitale ou ce qu'on appelle le ton organique. Les médecins de notre temps sont unanimes pour constater, que la faiblesse ou la débilité des corps est générale, et que tout ce qui peut nous relever de cet état doit être de premier emploi.

Nos générations, pour tout dire en un mot, naissent et vivent dans ce qu'on appelle l'anémie.

Le sang est d'autant plus sain ou hygide qu'il contient moins de globules blancs, dans la somme de ses globules rouges. Or, par le moyen du microscope, on est parvenu à distinguer, à

numérer ces globules, qui se comptent par milliards dans un centimètre cube de sang. On a fait plus, on a constaté que l'alimentation tonique et reconstituante parvient, au bout de quelques jours, à diminuer le nombre des globules blancs, et partant, à accroître le nombre des globules rouges, qui représentent la santé.

Ce court exposé éclaire suffisamment la question. Il devient aisé de s'expliquer pourquoi nos santés sont défectueuses, pourquoi les médecins sont appelés par ceux-là même qu'on dirait bien portants, pourquoi, enfin, il faut que l'hygiène s'entende avec la thérapeutique pour ordonner le *modus vivendi*.

C'est à la bouche et à l'estomac surtout, comme premières voies de la nutrition, qu'il importe de réveiller l'appétit et d'exciter la sécrétion des sucs digestifs. Le Vin de Saint-Raphël est donné en cette intention, et l'expérience en a démontré les excellents effets.

A tout âge de la vie on peut se bien trouver de son emploi. Dans l'enfance, où l'état de lymphatisme est presque naturel, surtout chez les jeunes filles, et où l'estomac fonctionne sans énergie, on est presque assuré que le Vin de Saint-Raphaël, donné à la dose d'un petit verre à Bordeaux avant le repas, et au besoin après, rendra à l'organe le ton qui lui faisait défaut.

Dans les maisons d'éducation de l'un et de l'autre sexe, c'est depuis longtemps déjà d'une bonne pratique de le donner aux élèves qui offrent plus ou moins les symptômes de l'anémie, ce qui est très-fréquent à l'âge qui précède l'adolescence. Et dans l'adolescence même, quelle est la jeune fille aujourd'hui dont il ne soit pas utile et souvent urgent de relever la force organique dans le sens du développement qui s'effectue à cet âge.

Ce que nous venons de dire pour l'enfance et la jeunesse n'est pas moins applicable aux autres périodes de l'existence. Cela explique l'extension que les médecins de notre temps ont fait prendre à l'usage du Vin de Saint-Raphaël. Autrefois, on ne l'ordonnait qu'aux malades et aux convalescents; aujourd'hui, on l'ordonne aux bien portants, par la raison que, dans l'état de notre santé actuelle, les fonctions nutritives réclament d'ordinaire les mêmes adjuvants que dans la maladie.

POLICLINIQUE DE CHIRURGIE DES FEMMES

De la Rétroversion de l'Utérus (1)

Après vous avoir exposé sommairement la manière de voir des divers chirurgiens sur la rétroversion, et les conclusions opposées qu'ils ont émises, il me reste à vous faire connaître ce que m'ont appris les faits qui se sont présentés à mon observation.

Depuis dix ans, j'ai eu l'occasion de voir, à ma policlinique de chirurgie des femmes, un certain nombre de malades affectées de divers genres de déplacements utérins. Comme toutes les femmes qui viennnent réclamer nos soins, celles-ci sont priées de nous donner par écrit tous leurs antécédents pathologiques que nous complétons ensuite, s'il y a lieu, par des interrogations dont les réponses sont ajoutées à leur narration première. Nous ne nous chargeons nous-même de la rédaction des commémoratifs que quand la malade ne sait pas écrire. Ce n'est pas seulement pour économiser notre temps que nous avons créé cette règle générale, mais bien dans le but de ne recueillir que des sensations nettement éprouvées par la malade. Nous arrivons ainsi à rassembler des symptômes subjectifs, autrement dits des symptômes de physiologie pathologique d'une valeur plus grande que ceux déclarés sur la sollicitation d'un interrogatoire.

Or, nous avons vu un certain nombre de femmes qui, avant tout examen, nous ont dit avoir été amenées à la con-

(1) (Suite.) Voir le numéro du 1er mai.

sultation à cause de douleurs abdominales, avec tiraillements lombaires, inguinaux, ombilicaux, à cause de la gêne qu'elles éprouvent dans la station verticale prolongée, dans la marche, et aussi à cause des troubles de l'excrétion rectale et de l'émission des urines.

A côté des variations chez chacune d'elles des phénomènes précédents, toutes accusent un symptôme constant: une sensation de pesanteur pelvienne avec douleur aux reins, dont elles demandent la guérison.

Cette douleur gravativée est un symptôme de physiologie pathologique, un symptôme subjectif, et s'il appelle notre attention sur un état anormal probable dans les organes du bassin, il ne peut nous indiquer l'organe lésé, encore moins nous révéler le caractère de la lésion.

Pour déterminer le siége et la nature du mal, nous sommes obligé de rechercher les signes d'anatomie pathologique, les signes objectifs, c'est-à-dire ceux qui sont objectivement perçus par le chirurgien. L'examen direct seul peut nous permettre de les constater.

Les organes principaux contenus dans l'excavation sont la vessie, le rectum et l'utérus. La rareté des affections vésicales et rectales chez la femme, comparativement à la fréquence des maladies de l'appareil génital, appelle d'abord notre exploration sur l'utérus.

Quand on pratique le toucher vaginal sur une femme bien portante, valide, normalement conformée, dans l'attitude de la station verticale, le doigt, après avoir franchi la vulve, parcourt toute la longueur du vagin, arrive sur la lèvre antérieure du col, sur l'orifice externe puis sur la lèvre postérieure, sans pouvoir atteindre la face postérieure du col, encore moins la face postérieure du corps utérin. Ce que nous explique à merveille la connaissance de la situation normale de l'utérus, dont l'axe se trouve placé sur une ligne qui de l'ombilic aboutit à la symphyse sacro-cocygienne, axe qui forme avec l'axe du vagin un angle droit.

Chez les malades dont je viens de vous parler, le doigt, pratiquant le toucher vaginal debout, après avoir franchi la vulve et parcouru le vagin, arrive d'emblée sur l'orifice externe du col et la lèvre postérieure, dirigés en avant et rapprochés de la vulve, parcourt toute la face postérieure du col et une partie au moins de la face postérieure du corps utérin.

La possibilité d'atteindre avec le doigt une partie ou la totalité de la face postérieure du corps de l'utérus suffit pour caractériser la rétroversion, c'est-à-dire le déplacement en vertu duquel le fond de l'utérus, normalement dirigé en haut et en avant vers l'ombilic, se trouve versé en arrière ou rétroversé, le fond regardant la concavité du sacrum.

Toutes ces malades étaient donc atteintes de rétroversion et leur témoignage s'élève contre l'opinion qui veut que les femmes affectées de déviations utérines ignorent leur lésion et n'en soient nullement incommodées, puisque c'est à cause de la lassitude, du malaise qu'elles éprouvent, que celles-ci sont venues solliciter un examen qui a révélé l'existence d'une rétroversion utérine, expliquant les douleurs pelviennes et lombaires.

Il y aurait lieu de s'étonner des divergences d'opinion émises par les chirurgiens, si les faits présentaient toujours ce caractère de simplicité que je viens d'indiquer; mais il y a une cause d'erreur qui rend compte des contradictions. Elle sera évitée par la détermination de l'état pathologique.

Je m'explique :

Lorsque j'ai constaté anatomiquement par l'examen direct de la rétroversion de l'utérus, je ne me regarde point comme autorisé à commencer un traitement pour la réduire et la maintenir. Voici pourquoi, et j'appelle toute votre attention sur cette remarque :

J'ai été témoin d'une série de faits dans lesquels chez des femmes, accusant des douleurs pelviennes par inter-

valles, j'avais reconnu une rétroversion parfaitement caractérisée, puis après huit, dix jours, un mois, un nouvel examen me montrait l'utérus revenu à sa situation normale.

Trois conditions physiologiques expliquent ces faits : la plénitude de la vessie, la congestion menstruelle, la grossesse à son début.

L'utérus a des rapports de connexion étroite avec la vessiequi est placée entre le pubis et la paroi abdominale, d'une part, et, d'autre part, la face antérieure de la matrice. Quand la vessie est complètement vide, ses parois se contractant, elle vient se cacher derrière le pubis, et comme elle est reliée par le péritoine à la face antérieure de la matrice, elle entraîne cet organe vers le pubis en exagérant son antéversion normale; mais quand la vessie est considérablement distendue par l'urine, par sa face postérieure elle repousse directement en arrière le corps de l'utérus; de plus, par le fait même de sa distension, elle s'élève dans la cavité abdominale, et en s'élevant elle tire en haut le col utérin adhérent au bas-fond vésical; le col utérin, en étant porté en haut et en avant, contribue à faire basculer le corps en arrière. Si vous pratiquez alors le toucher vaginal, vous diagnostiquez une rétroversion, qui en ce moment existe, mais qui cessera avec l'évacuation de la vessie.

Pendant la menstruation, l'utérus est considérablement augmenté de volume et de poids ; la congestion s'étend aux ligaments utérins qui, abreuvés de liquides, perdent leur rigidité pour devenir plus extensibles. Dans cet état, le décubitus dorsal seul peut renverser l'utérus en arrière; un mouvement d'effort peut amener le même résultat, et si, dans ces conditions, une distension de la vessie survient, le fond de l'utérus tombera avec la plus grande facilité dans la concavité du sacrum.

On ne serait pas tout à fait à l'abri de l'erreur si on vidait la vessie ou si on plaçait l'examen au milieu de deux époques menstruelles, car un rapprochement sexuel suffit quelquefois pour amener une congestion égale à celle du rut mensuel.

La grossesse, à son début, présente les phénomènes de congestion à un plus haut degré encore que l'ovulation périodique et, à ce titre, elle peut donner lieu à une rétroversion instable. J'en ai observé un cas remarquable, le 10 novembre 1872, sur une femme de vingt-huit ans, qui avait eu une première grossesse terminée par un accouchement normal, à la suite duquel elle était devenue mère d'un enfant âgé de six ans au moment où elle s'est présentée chez moi.

A cette époque, sa menstruation était arrêtée depuis le 10 septembre précédent, et elle réclamait mes conseils parce que, enceinte de deux mois, elle éprouvait une grande pesanteur sur le rectum et une grande difficulté pour la marche. En pratiquant le toucher debout, je trouvait le col utérin près de la vulve; l'utérus, descendu et augmenté de volume, est en rétroversion complète. Avec le doigt sur le col, je remis l'utérus en place et il revint immédiatement en rétroversion dès que mon doigt fut retiré. Cette manœuvre m'apprit qu'il n'y avait aucune adhérence anormale, et, par conséquent, aucun obstacle sérieux à une réduction ultérieure ,si elle devenait nécessaire.

Il eut été facile, au moyen d'un anneau d'Hodge, de maintenir la matrice en place. Je ne le fis pas d'abord, parce que les symptômes fonctionnels ne réclamaient pas impérieusement une intervention immédiate; ensuite, parce que le contact d'un moyen de contention aurait pu provoquer des contractions utérines et à leur suite l'avortement; en troisième lieu, parce qu'il n'était pas, à mes yeux, impossible de voir l'utérus, augmentant progressivement de volume par le développement de l'œuf, franchir de lui-même le détroit supérieur, qui alors le maintiendrait au dessus de l'excavation. Je conseillai donc de ne rien faire jusqu'après le quatrième mois. A la fin de janvier, la

malade n'a plus éprouvé les malaises que lui occasionnait son déplacement utérin, et j'ai pu constater que l'ascension de l'utérus au dessus du détroit supérieur s'était effectuée, que la rétroversion s'était spontanément réduite. La grossesse a suivi son cours normal et l'accouchement a été naturel.

La conséquence pratique qui se dégage de cette première série de faits, c'est que, pour la détermination de l'état pathologique, il faut remarquer :

Qu'il existe, aussi bien à l'état de gravidité qu'à l'état de vacuité, une rétroversion instable appartenant à l'état hygide, qui se réduit d'elle-même;

Que, dans cette rétroversion instable, si on varie la position de la femme, l'utérus peut obéir avec la plus grande facilité aux manœuvres et aux sollicitations de la pesanteur;

Que, dans la rétroversion stable, au contraire, l'utérus conserve la position anormale dans quelque situation que prenne la malade et ne peut garder un seul instant la nouvelle position qu'une manœuvre lui a imposée ;

Et, qu'avant de porter le diagnostic d'une rétroversion confirmée, permanente, stable, appartenant à l'état pathologique, et surtout d'instituer un traitement, il faut examiner plusieurs fois la femme et plusieurs fois constater la persistance de la rétroversion, en dehors d'une grossesse commençante, en dehors de la plénitude de la vessie, en dehors de la congestion utérine qui précède, accompagne et suit la menstruation et l'activité sexuelle, congestion qui, augmentant le volume de la matrice, peut la mettre pour quelques jours en situation déclive postérieure.

L'analyse de cette catégorie de faits nous conduit à leur véritable interprétation en nous les faisant considérer comme des cas de rétroversion instable.

Il ne serait pas impossible que l'observation de faits de ce genre, dont ils auraient été les témoins, n'ait contribué à faire regarder, par quelques auteurs, la rétroversion comme une lésion sans importance.

Mais la rétroversion stable, permanente, pathologique est au contraire une lésion dont le traitement doit prendre une place considérable dans les préoccupations du chirurgien. Elle se présente dans deux conditions différentes de l'utérus: à l'état de vacuité, à l'état de gravidité.

Je ne ferai porter mes conclusions que sur les faits que j'ai pu observer longtemps et dont j'ai pu suivre l'évolution.

A l'état de vacuité, on observe la rétroversion le plus souvent chez les multipares, dont les grossesses antérieures ont fait perdre aux ligaments utérins leur ressort par des allongements successifs, et aux parois abdominales et vaginales leur tonicité par des distensions qui ont dépassé la mesure de leur puissance élastique.

La série des malades multipares atteintes de rétroversion stable que nous avons observées comprend sept femmes, dont une a eu deux enfants, deux ont eu chacune trois enfants, deux autres chacune quatre, la sixième cinq, et la septième sept enfants.

Dans les cas d'uniparité, nous avons encontré la rétroversion chez cinq femmes formant la deuxième série. Quatre d'entre elles avaient accouché d'un enfant à terme, la cinquième avait accouché prématurément d'un fœtus de six mois.

Un accouchement antérieur n'est pas une condition indispensable à la production de la rétroversion. Nous avons, dans la troisième série, trois exemples d'utérus rétroversé chez trois jeunes femmes nullipares de 28, 26 et 22 ans.

Le rattachant à une quatrième catégorie, je puis vous citer le cas d'une fille vierge portant intacte la membrane hymen et chez laquelle nous avons eu à traiter une rétroversion stable. C'est en soulevant un matelas que cette jeune fille avait senti quelque chose craquer dans le bassin. Chez les nullipares et chez les vierges, le mécanisme de la production de la rétroversion

se rapproche beaucoup de celui qui explique la hernie. Un effort soudain, qui donne naissance à une hernie chez l'homme, peut produire une rétroversion chez la femme.

A l'état de gravidité, nous avons observé une seule femme classée dans la cinquième catégorie. Devenue grosse une première fois, elle avait avorté à quatre mois et se trouvait à quatre mois de sa deuxième grossesse, quand elle fut prise des accidents qui nous firent appeler auprès d'elle par le médecin traitant.

L'observation de nos malades nous a appris que la rétroversion donne lieu à des symptômes fonctionnels; qu'elle s'est produite chez les gravides, les multipares, les unipares, les nullipares et les vierges. Nous avons maintenant à demander aux faits si, en présence d'une femme affectée de rétroversion, il faut ne rien faire ou agir.

Pour juger sainement la question, il faut étudier ce qu'on pourrait appeler l'histoire naturelle de la rétroversion, c'est-à-dire l'évolution de la rétroversion utérine abandonnée à elle-même.

J'ai vu un grand nombre de femmes affectées de rétroversion de l'utérus. Parmi elles il en est qui ont pendant longtemps préféré garder leur incommodité avant d'accepter un moyen contentif, et je n'en ai vu aucune guérir de sa lésion. Pour moi, je ne connais pas dans la science une seule observation authentique de guérison spontanée. Non-seulement ces malades ne sont pas arrivées à la guérison, mais elles ont vu leur état s'aggraver. Tandis que primitivement chez elles, par le toucher vaginal, le doigt n'atteignait qu'une partie seulement de la face postérieure de l'utérus, peu à peu le doigt a pu parcourir toute la longueur du corps utérin, et d'une rétroversion au premier degré, la lésion est arrivée à une rétroversion extrême, l'axe de l'utérus devenant le prolongement de l'axe du vagin, de l'axe du détroit inférieur. Alors l'utérus, qui est lourd relativement aux parois vaginales membraneuses, l'utérus qui est déjà normalement engagé par son col dans le vagin, lorsque son axe s'est placé dans la ligne de l'axe du vagin, s'engage, s'envagine de plus en plus, décollant les parois du vagin, les séparant des organes avoisinants. Sollicité par la succussion de la marche, il descend ainsi progressivement, et à la longue il peut amener son col à la vulve et même la dépasser, entraînant, avec la paroi vaginale, la vessie qui lui adhère et donnant lieu à la cystocèle vaginale. On se trouve alors en présence d'une invagination, d'une descente, d'une chute, d'un prolapsus de l'utérus, dont le phénomène initial a été une rétroversion abandonnée à elle-même, une rétroversion contre laquelle on n'a employé aucun traitement. J'ai suivi cette évolution chez deux femmes qui n'ont d'abord pas voulu se rendre à mes conseils, qui ont attendu qu'à la rétroversion succédât le prolapsus, pour accepter un moyen contentif. Elles sont venues le réclamer ensuite, mais dans leurs conditions nouvelles, compliquées de cystocèle vaginale, la contention n'est plus que palliative.

J'ai deux autres observations de femmes à utérus rétroversé, chez lesquelles le moyen contentif déterminant de la douleur, j'avais été obligé de n'avoir recours qu'à une contention intermittente, ne produisant que des résultats insuffisants qui avaient lassé leur patience. Ces deux femmes sont restées, l'une quinze mois, l'autre plus de deux ans sans revenir à la policlinique. Quand la persistance de leur mal les a ramenées, elles avaient toutes deux, non plus une rétroversion, mais une rétroflexion, le corps utérin s'étant fléchi à angle sur le col. Elles m'ont donné l'occasion de voir à la rétroversion succéder la rétroflexion, comme une nouvelle phase de leur maladie.

Ainsi, abandonnée à elle-même, la rétroversion ne guérit jamais; elle peut passer à l'état de rétroflexion dans quelques cas, et dans tous les autres elle passe fatalement à l'état d'invagi-

nation, c'est-à-dire de chute de la matrice.

Telle est l'évolution de la rétroversion à l'état le plus simple; mais il y a une complication que l'on observe à des degrés différents dans au moins la moitié des cas. Quand l'utérus se trouve en situation déclive postérieure, il reçoit comme à l'état normal, à chaque époque menstruelle, un afflux considérable de sang, dont une partie est versée dans la cavité utérine; le vase que représente l'utérus se vide avec la plus grande facilité alors que son goulot et son orifice se trouvent dirigés en bas et en arrière; dans la rétroversion, relativement à son fond, l'orifice de la matrice est dirigé en haut et en avant; le sang séjourne dans la cavité utérine, d'où contractions expulsives se traduisant par des coliques utérines, d'où règles difficiles, dysménorrhée.

Il y a plus : la congestion périodique se fait, comme à l'état normal, mais, à cause de la déclivité de l'organe, la circulation en retour, qui doit amener après l'ovulation la déplétion des vaisseaux, s'accomplit avec difficulté. A chaque époque il se produit une stase veineuse dans le tissu utérin, et du défaut de balancement de l'apport du sang et de son départ résulte une congestion permanente, qui peu à peu produit l'augmentation de volume de l'utérus. Cette augmentation de volume, donnant plus de poids à l'organe, exagère encore sa déclivité et quelquefois produit des phénomènes inflammatoires se propageant jusqu'à l'enveloppe péritonéale et donnant naissance à des adhérences anormales de l'utérus avec les organes et les parois du petit bassin.

Dans l'immense majorité des cas, les accidents de la rétroversion ne dépassent pas les phénomènes que je viens de vous exposer rapidement; il y a des cas cependant où ils arrivent à menacer la vie de la femme.

Une femme entre dans le service de M. Bayard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une rétroversion. Elle n'a pas eu ses règles depuis trois mois. Les symptômes semblent indiquer une grossesse. On ne peut parvenir à réduire, même avec la main dans le rectum.

M. Bayard fait la ponction de l'utérus par le rectum; il s'écoule une livre de sang; les accidents continuent et la femme meurt trois jours après. L'autopsie démontre qu'il n'y avait qu'un gonflement inflammatoire de l'utérus.

M. Imbert, qui relate ce fait et d'autres encore, ajoute: « Le mérite des chirurgiens qui ont commis ces erreurs montre qu'elles sont presque inévitables, et qu'il ne faut se décider à la ponction qu'avec la plus grande réserve. »

M. Kœberlé a publié dernièrement une observation de rétroversion irréductible de l'utérus (à l'état de vacuité) ayant amené, par la compression de l'intestin, un arrêt complet des matières fécales, accompagné des symptômes ordinaires de l'obstruction intestinale, guérie par la gastrotomie, c'est-à-dire, ayant nécessité une des interventions les plus redoutables de la chirurgie.

Toutes les fois qu'une lésion porte sur l'appareil de la génération, indépendamment de son action nocive sur les fonctions individuelles, il faut tenir compte de son influence sur la reproduction de l'espèce. Je vous disais tout à l'heure que de l'utérus rétroversé s'écoulait avec peine le sang menstruel, je dois ajouter que la difficulté n'est pas moindre pour la pénétration des spermatozoïdes dans la cavité utérine. A l'état normal, l'éjaculation jette la liqueur fécondante dans le cul de sac postérieur du vagin, et l'orifice du col utérin baigne pour ainsi dire dans ce liquide qui pénètre dans la matrice, arrive jusqu'à l'ovaire, où il va féconder l'ovule. Dans la rétroversion, quand, au lieu de se diriger en arrière et en bas dans ce cul de sac vaginal postérieur, qu'on pourrait appeler le réservoir spermatique, l'orifice du col est dirigé en avant et en haut, il n'est pas absolument impossible que les hasards de l'éjaculation ne conduisent le sperme

dans l'orifice du col, mais il y a une grande probabilité pour que cette éventualité ne se produise pas et que la fécondation ne puisse s'effectuer.

La stérilité de la rétroversion est une stérilité acquise; il n'en est pas moins vrai que le tiers des femmes stériles sont atteintes de rétroversion. Et si une copulation heureuse vient à les féconder, elles ne peuvent se promettre encore de devenir mères; car l'utérus rétroversé, se développant devant le sacrum autant que le permet la capacité de l'excavation, finit par prendre un volume tel, qu'il ne peut plus franchir le détroit supérieur, et reste enclavé dans le petit bassin.

En continuant à croître, l'organe gestateur vient se comprimer lui-même contre les parois pelviennes, ce qui détermine des contractions suivies d'avortement. Bien des avortements, dont la cause est restée ignorée par défaut d'examen, sont dus à l'enclavement.

Pour compléter la physiologie pathologique de la rétroversion, aux difficultés de la station et de la marche, des évacuations rectale et vésicale, nous devons ajouter les difficultés de la menstruation, de la fécondation et de la gestation.

Les considérations que je viens de vous présenter sur la marche de la rétroversion me semblent de nature à infirmer la doctrine qui veut abandonner les femmes aux conséquences de leur lésion; elles me paraissent au contraire établir la nécessité impérieuse d'une intervention active.

(*A suivre.*) Dr BERRUT.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Traitement des ulcérations chroniques de la vulve et du col de l'utérus par le sulfure de carbone, par M. le Dr GUILLAUMET. Pendant son internat à Saint-Lazare, M. Guillaumet a rencontré un nombre relativement considérable d'affections utérines, d'ulcérations du col, d'érosions souvent rebelles à toutes médications. Après avoir employé le sulfure de carbone contre quelques ulcérations chroniques, quelle qu'en soit la nature, contre le lupus, contre l'esthiomène qui semblait incurable et en avoir obtenu de bons résultats, il l'a employé également pour les ulcérations chroniques du col, et cela avec un grand avantage.

Malheureusement ce liquide possède une odeur très-pénétrante et fort désagréable qui l'a fait repousser par la plupart des praticiens. M. Guillaumet pense que ce n'est pas là une raison suffisante pour en rejeter l'usage. Divers moyens peuvent atténuer considérablement cet inconvénient. Parmi les plus simples, M. Guillaumet préconise le suivant. Il ajoute 10 gouttes d'essences d'amandes amères ou de menthe.

Sulfure de carbone. 10 grammes
Essence de menthe. 10 à 15 gout.
M.

L'iode, qui est très-soluble dans le sulfure de carbone, en diminue considérablement l'odeur et au lieu d'être un obstacle à la cicatrisation de ce corps, il vient au contraire ajouter aux qualités réparatrices et stimulantes du médicament.

Voici les solutions qu'il emploie.

Sulfure de carbone. 12 grammes.
Iode . . . . . 1 —
M. s. a.

Ou bien.

Sulfure de carbone. 16 grammes.
Teinture d'iode . . . 1 —
Essence de menthe. 4 gouttes.
M. S. A.

Le flacon qui renferme le sulfure de carbone doit être tenu très-près de la plaie à panser et *loin de tout corps enflammé;* on imbibe du liquide un pinceau de charpie en exprimant sur les bords du flacon l'excès du médicament, puis, on promène le pinceau sur toute la surface de la plaie que l'on recouvre immédiatement de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé. Sur la poudre, on applique un gâteau de charpie sèche. Le *modus faciendi* ne diffère pas pour les ulcérations du col de l'utérus; seulement il est utile de mettre de la poudre en quantité, de la maintenir à l'aide d'un tampon de ouate que la malade gardera douze heures environ. Quand elle retirera le tampon, elle prendra une injection qui entraînera la poudre imbibée de mucosités.

Des scrofulides ulcéreuses de la vulve, ou esthiomène, des chancres, des syphilides muqueuses érosives génito-anales, des plaques muqueuses de la vulve ou de l'anus ont été guéris dans l'espace de quelques jours sous l'influence de ce traitement.

Le sulfure de carbone agit comme irritant réfrigérant et anesthésique; son action est toute locale et limitée aux tissus malades; malgré l'irritation produite, les bourgeons charnus deviennent très-rarement exubérants au point de nécessiter leur répression, comme s'il y avait en même temps dans ce corps une action excitante et répressive.

Il faut proportionner la fréquence des pansements à l'atonie et à l'ancienneté de la plaie : on n'en fera jamais plus d'un par jour.

(*Paris médical.*)

Deux cas d'empoisonnement ar la cytisine, par le Dr HINCKELDEYM, de Lubeck (*Deutsche Klinik*). — Un jeune garçon de cinq ans avait été envoyé en commission, par ses parents, à un village voisin. Il en revint au bout de trois quarts d'heure, bien portant en apparence.

Il jouait dans le jardin, en présence de son père, quand il fut pris soudain des spasmes les plus violents, surtout dans les bras. Il vomit beaucoup et perdit la parole et la connaissance, qu'il ne retrouva plus. La mort ayant eu lieu aussitôt après que le vomissement des aliments eut fait place à des mucosités sanguines, c'est-à-dire une heure après le commencement des convulsions.

Un autre petit garçon, âgé de trois ans et demi, qui l'avait accompagné, après s'être plaint de malaise pendant quelques instants, fut pris également de convulsions, et mourut une heure après avec les mêmes symptômes que le premier.

Un troisième revint chez lui avec du malaise, des vomissements et des spasmes de faible intensité. Complétement rétabli le lendemain, il raconta qu'ils avaient tous trois mangé des gousses et des grains d'un arbrisseau, qui se trouve être un *Cytisus laburnum.*

M. Hinckeldeym pense que ce dernier avait surtout mangé des gousses, et les autres enfants des graines, qui sont particulièrement riches en cytisine.

L'autopsie des deux enfants présenta des taches cadavériques au dos et aux extrémités inférieures. Les pupilles étaient dilatées; la raideur cadavérique était médiocre; la langue était serrée entre les dents; la cavité abdominale et les intestins contenaient beaucoup de gaz; dans l'estomac se trouvait un contenu d'un brun clair, dans lequel on pouvait reconnaître des gousses de cytise. On en constata 25 grammes chez l'un; ce poids était plus élevé chez l'autre, où la cytise était en partie sortie par la production d'une rupture du ventricule. Anémie de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, du foie et de la rate; hypérémie des reins. Ni infiltration, ni érosion de la muqueuse intestinale. Le cerveau ne fut pas examiné.

De l'ergot de seigle dans la polyurie. — Dans un cas de polyurie observé sur un enfant de quatorze ans, M. Murrell a prescrit l'extrait liquide d'ergot de seigle, dans une potion, à la dose de 0 gr. 80 trois fois le jour. Au bout de quinze jours, la quantité d'urine émise chaque jour ayant diminué de 800 centimètres cubes, on ne prescrivit plus d'extrait liquide d'ergot qu'à la dose de 0 gr. 60 toutes les quatre heures. Au bout de huit nouveaux jours, réduction de 280 gr. sur le volume de l'urine. On élève alors la dose d'ergot jusqu'à 1 gr. 50 toutes les quatre heures. Pendant cette semaine, la moyenne de l'urine rendue chaque jour est de 1,983 centimètres cubes, et pendant les douze jours suivants, de 1,842 centimètres cubes. Pour réveiller l'appétit, on substitue pendant quinze jours, à l'extrait d'ergot, une mixture de cassia amara, et, pendant cette période, le volume de l'urine excrétée n'augmente pas. L'extrait d'ergot est alors repris à la dose de 1 gr. 50 toutes les quatre heures, et continué pendant un mois. Durant tout ce temps, le poids de l'urine rendue chaque jour oscille entre 1,700 et 1,983 centimètres cubes. Le mois suivant, l'usage de l'ergot est abandonné et remplacé par des amers, sans aucun avantage du côté de l'urine.

Pendant ce traitement, il se manifesta une amélioration générale dans l'état du malade; les vomissements du matin cessèrent; la peau devint moite et la soif s'apaisa. Quoique l'enfant n'ait point guéri, il a éprouvé un certain bienfait du traitement, et il est bon d'en tenir compte pour l'appliquer à l'occasion contre une maladie vis-à-vis de laquelle on est presque entièrement désarmé.

(*Union médic.*)

Du drainage de l'œil. — Le drainage de l'œil, que décrit le docteur Grizou, se pratique au moyen d'une aiguille tubulée, courbe, très-fine, qu'on introduit dans la sclérotique, en bas et en dehors du globe oculaire, pour la faire ressortir à quelques millimètres du point d'entrée. Un double fil d'or filiforme est introduit par le tube de l'aiguille, laquelle est ensuite retirée. Il ne reste plus qu'à nouer les chefs du fil, qui forme ainsi un véritable séton.

L'œil peut presque impunément supporter un corps étranger de cette nature, introduit à travers ses membranes. Il est très-rare qu'il survienne des accidents inflammatoires; dans ce cas on retirerait le fil métallique. Ordinairement le fil reste à demeure pendant des semaines et même des mois entiers.

C'est un moyen puissant pour amener la filtration des liquides intra-oculaires. On peut dire que les maladies hydrophthalmiques ont trouvé en lui un mode de traitement énergique et puissant.

Le glaucome se trouve heureusement modifié par le drainage, dont l'emploi sera utile principalement dans les cas de glaucome absolu, de glaucome hémorrhagique, et dans le cas où le glocome a résisté à l'iridectomie.

Il paraît agir favorablement sur le décollement de la rétine, qui peut être modifié rapidement et avantageusement par ce moyen.

Malgré le petit nombre de faits bien observés, on peut dire que ce mode de traitement introduira des modifications heureuses dans la thérapeuthique oculaire. (*Bull. de thérap.*)

La médecine chez les Japonais. — Les Japonais ont fait, comme on sait, depuis quelques années, de grands progrès dans la civilisation, mais dit le *Médical Examiner* de Londres, en aucune science, ces progrès n'ont été aussi sensibles qu'en médecine.

Une faculté médicale a été créée à Yédo; l'enseignement y est donné par des professeurs européens. En outre, à la requête du gouvernement, deux savants français ont été mandés pour se livrer à une enquête sur la géologie, la minéralogie et les eaux minérales du Japon.

De cette enquête et du rapport qui en a été la conséquence, il résulte que les sources minérales et thermales sont très-nombreuses en ce pays, et se divisent en deux grandes classes : les sources sulfureuses et les chloratées.

Très-peu d'entre elles contiennent du fer.

Beaucoup sont à une très-haute température; d'où vient probablement la vertu de leurs eaux.

Les Japonais seuls peuvent s'y baigner, habitués qu'ils sont dès l'enfance à une eau bouillante. On connaît, en ce pays, l'usage de la douche, mais les moyens de l'appliquer sont un peu primitifs. L'eau est transportées dans des auges, au-dessous desquelles se place le malade à une distance souvent de plusieurs mètres; on laisse alors tomber la masse sur la partie malade.

Pour les baigneurs qui n'ont besoin d'être douchés qu'avec de la poussière d'eau, on fait battre cette eau par des servants, armés de lattes en carton; les baigneurs se trouvent alors enveloppés dans un nuage d'eau pulvérisée et de vapeurs sulfureuses.

Mais il est probable que les Japonais, toujours si industrieux, n'en resteront pas là, et qu'on ne tardera pas à entendre parler de la création de divers établissements balnéaires à travers le Japon.

(*Courrier méd.*).

De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac. — Le docteur Affre se propose de remettre en honneur le procédé de Petit, qu'il a vu mettre en usage dans le service du docteur Alphonse Guérin; il a réuni 352 cas de hernie étranglée qui ont été opérées sans ouverture du sac; on a constaté 85 décès, ce qui fait une proportion de 14 pour 100, ce qui est de beaucoup supérieur à la statistique de Collis, où, sur 1029 cas où l'on a pratiqué l'ouverture du sac, on a compté 504 morts, soit plus de 50 pour 100. Voici d'ailleurs comment le docteur Affre résume son travail:

1° J.-L. Petit a décrit le premier l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac;

2° Lorsqu'on respecte le sac, on diminue les chances de péritonite, en évitant la blessure du péritoine et la pénétration des liquides de la plaie dans la cavité abdominale;

3° Le débridement de l'anneau en dehors du sac donne plus des trois quarts de guérisons. L'opération ordinaire n'en donne guère plus de la moitié;

4° Le procédé de Petit est indiqué pour les hernies récentes, lorsque rien ne peut faire croire à la gangrène de l'intestin. Il est applicable surtout aux hernies crurales et ombilicales;

5° Il est contre-indiqué toutes les fois que l'on soupçonne la gangrène ou l'inflammation du contenu du sac;

6° Il est contre-indiqué dans le cas d'étranglement sur le collet ou sur des brides à l'intérieur du sac.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Bons effets de l'essence de térébenthine comme ténifuge. — Le Dr Leared, ayant à soigner un homme robuste atteint de tænia, lui administra le kamala, puis l'extrait de fougère mâle, soit seul, soit associé. Il put à diverses reprises faire rejeter des portions du parasite; mais, malgré ses tentatives répétées, il ne put avoir la tête.

Il fit prendre à son malade 12 grammes d'essence de térébenthine et 2 grammes de teinture de jusquiame dans 120 grammes de potion gommeuse.

De copieuses évacuations, contenant le ver et sa tête, eurent lieu aussitôt, sans avoir recours à un purgatif. L'examen de la tête, plate et sans crochets, démontra qu'on avait affaire à un *tænia medio-canellata*, espèce dont l'expulsion est plus difficile que celle du *tænia solium*.

L'auteur est d'avis que l'essence de térébenthine est le plus puissant des ténifuges. Mais, dit-il, la térébenthine à fortes doses n'est pas exempte d'in-

convénients, ni même de danger pour la vie; je connais un cas de mort causée par ses effets nuisibles sur les reins. Ce danger peut être beaucoup diminué, sinon entièrement évité, en ayant soin d'administrer un purgatif, si la térébenthine n'agit pas rapidement sur le tube intestinal. (*The Practitioner.*)

Emploi du calomel contre les douleurs ostéocopes. — Parmi les moyens préconisés contre les douleurs ostéocopes, un des plus importants et dont l'efficacité est presque infaillible, est, suivant M. Peter, l'emploi du calomel à dose réfractée. Un des malades de son service avait été atteint de syphylis plusieurs années auparavant. Actuellement, il ne présentait pas de lésions apparentes, mais, depuis trois ou quatre mois, souffrait de douleurs ostéocopes parfaitement caractérisées et dont l'origine ne pouvait être douteuse. C'est alors que M. Peter lui prescrivit le calomel » la dose quotidienne d'un centigramme, divisé en dix paquets qu'il devait prendre à des intervalles égaux dans le courant de la journée. Dès le second jour, les douleurs avaient déjà beaucoup diminué, et le troisième, arrivé au vingt-cinquième paquet, le malade disait ne plus souffrir qu'à un degré très-tolérable. De nombreux exemples ont prouvé à M. Peter l'excellence de cette médication par le calomel ainsi administré.

(*Journ. de méd. et de chirur. pratiques.*)

BIBLIOGRAPHIE

Notice médicale sur les

Eaux de la Bourboule,

par le Dr Escot.

Entre toutes les contrées européennes il n'en est pas qui soit aussi richement douée que la France au point de vue de la diversité des stations balnéaires et thermales. On a peine à comprendre que, disposant sur le sol natal de ressources aussi précieuses que variées, nos malades aient pu, jusqu'à ces dernières années, continuer à rester tributaires de l'étranger. C'est que, douées des vertus les plus efficaces, un certain nombre de nos sources ne sont pas encore suffisamment connues.

Cette remarque est notamment applicable aux eaux minérales de la Bourboule et de Royat, qui n'ont été appréciées comme elles le méritent que dans ces derniers temps. C'est entreprendre une œuvre utile que de signaler à nos confrères l'étendue des services qu'ils peuvent attendre, pour leurs malades, de l'emploi de ces sources précieuses. Aussi, saisissons-nous avec empressement l'occasion qui nous est offerte d'en dire quelques mots, à l'occasion de deux brochures, dont les auteurs ont bien voulu nous confier l'analyse.

Nous parlerons, aujourd'hui, d'un mémoire que, sous le titre modeste de *Notice médicale*, M. le Dr Escot consacre à l'étude des *eaux minérales de la Bourboule.*

Ainsi que ce celles du Mont-Dore, on présume que les eaux de la Bourboule furent connues des Romains. Malgré cette antiquité, la réputation de ces eaux minérales n'avait pas franchi les limites de la région. Il n'y a pas plus d'une vingtaine d'années qu'elles commencent à être appréciées à leur juste valeur. Ce n'est que depuis lors qu'elles ont été reconnues pour les eaux les plus médicamentuses et les plus efficaces de tout le plateau central. A quoi donc a-t-il tenu que des eaux vantées par les hommes les plus éminents, soient restées si longtemps négligées?

La raison en est simple. C'est que, jusqu'à une époque peu éloignée de nous, le débit des eaux était absolument insuffisant pour l'installation d'un établissement balnéaire. En effet, par le passé, le débit ne dépassait pas 35 litres à la minute. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'un homme intelligent et actif, M. Perrière, creusa le puits qui porte son nom, puits dont le rendement dépasse 400 litres à la minute.

Les eaux de la Bourboule possèdent

une minéralisation sans analogue : ce sont des eaux chlorurées sodiques fortes, des eaux alcalines assez puissantes, des eaux éminemment arsénicales. C'est ce dernier caractère qui constitue leur véritable cachet d'originalité. Réduit à 0,0035 par litre, dans celles de Sedaigne et de Fenestre n° 1, ce principe s'élève à 0,0048 dans l'eau de la grande source Perrière. C'est assez dire que la question de la posologie acquiert une importance très grande dans l'administration de ces eaux, si fortement minéralisées par l'arsenic.

Outre le sel marin, le bicarbonate de soude et l'arsenic, les eaux de la Bourboule contiennent des principes fort nombreux, tels que le fer, la chaux, la silice, etc., « principes si merveilleusement associés, dit M. Escot, que M. Gubler a pu comparer ces eaux à une véritable lymphe minérale. »

Un des avantages des eaux de la Bourboule, que s'efforce de faire ressortir notre confrère, est de pouvoir être utilisées loin de sa source. « Etant peu chargées de principes ferreux et de matières organiques, elles se conservent longtemps sans s'altérer. Elles sont donc dans les meilleures conditions pour pouvoir être exportées et administrées en boissons. »

Les applications des eaux de la Bourboule se déduisent naturellement de la connaissance des principes médicamenteux qui s'y rencontrent.

Jadis réservée aux scrofules profondes, aux dermatoses invétérées, cette station recrute aujourd'hui ses malades dans les champs bien divers de la pathologie. On peu dire, d'une façon générale, que les eaux de la Bourboule sont indiquées chez tous les sujets dont la nutrition est en souffrance. C'est là un vaste cadre, dans lequel viennent se ranger un assez grand nombre d'affections successivement passées en revue par notre auteur. Ne pouvant le suivre sur ce terrain, nous devons nous contenter de relever ici les titres des chapitres.

Scrofule et lymphatisme. — Prophylaxie de la tuberculose. — Affections des voies respiratoires. — Phthisie. — Maladies de la peau. — Affections syphilitiques. — Affections rhumatismales. — Névralgies. — Affections des voies urinaires. — Diabète. — Albuminurie. — Affections utérines. — Maladies diathésiques de l'enfance.

On voit, par cette simple énumération, combien est vaste le champ des applications des eaux de la Bourboule.

Mais, par cela même que ces eaux sont douées d'une grande puissance d'action, il convient d'être réservé dans leur emploi, et de n'en faire usage que dans les cas bien déterminés. En un mot, il est des conditions qui en contrindiquent formellement l'usage.

En règle générale, dans le cours des maladies aigües, on ne doit jamais user des eaux de la Bourboule, en raison de leur énergie. En effet, dit M. Escot, elles portent immédiatement leur action sur le système nerveux, et stimulent aussitôt l'impulsion cardiaque. Fluidifiantes du liquide sanguin, par la soude, la potasse, la lithine, probablement comburantes des solides par l'arsenic, elles impriment à la circulation une activité plus grande, une fièvre thermale assez intense. Autant les eaux de la Bourboule sont indiquées dans la phthisie torpide ou caséeuse, autant il faut en éviter l'emploi dans la tuberculisation pulmonnaire avec éréthisme et tendance aux hémoptysies.

Les mêmes remarques sont applicables aux affections cardiaques. Les eaux de la Bourboule leur sont aussi fatales que l'altitude. On doit également les bannir chez les convalescents encore faibles, les vieillards débilités ; en un mot, et d'une façon générale, chez tous les sujets qui ne sauront puiser dans les forces assimilatrices languissantes, les ressources exigées pour la réaction.

B.

Traitement des maladies chroniques de l'Utérus.

Guérison radicale des déviations, in-

flexions et déplacements jusqu'ici réputés incurables, par M. le Dr Abeille.

Après un demi-siècle d'études persévérantes, de tentatives de toutes sortes, pour obtenir la curation des déviations utérines, la science, dit M. Abeille, en était arrivée à proclamer son impuissance complète par la bouche de ses représentants les plus autorisés. Une longue observation, une expérience étendue, ont conduit ce savant praticien à appliquer une nouvelle méthode, exempte de dangers, à ces affections, réputées jusqu'alors incurables. Grâce à elle, il devient possible de triompher de l'atrésie du méat ou du conduit cervical, dans certains cols coniques, cause de dysménorrhée perpétuelle et de stérilité ; de faire justice de bien des métrorrhagies rebelles, incoercibles, en dehors des couches ; de tarir le catarrhe urérin chronique ; d'opérer le redressement définitif de déviations extrêmes et des inflexions, lorsque l'organe est resté libre d'adhérences. Lorsque des brides anciennes intra-pelviennes maintiennent solidement l'utérus dans sa position vicieuse, la méthode de M. Abeille permet encore d'obtenir un demi-succès, en débarrassant les malades des lésions consécutives (phlegmase catarrhale chronique, érosions, ulcérations, engorgements des lèvres du museau de tanche, etc.), qui sont la source la plus effective de leurs souffrances. Cette méthode peut encore être employée avec succès pour remédier à l'abaissement de l'utérus ; pour opérer l'amputation du col hypertrophié et de l'organe inversé ; pour effectuer l'ablation de diverses tumeurs de la matrice, etc.

En quoi consiste le traitement local proposé par M. Abeille ? Il est basé sur la myotomie utéro-vaginale ignée.

Cette opération s'effectue au moyen de couteaux ou ténotomes de formes multiples, assez variées pour pouvoir s'adapter à tous les cas. Avec ces ténotomes, M. Abeille arrive à exécuter, avec une précision mathématique, toutes les sections, incisions et excisions nécessaires, sans dépasser les limites, et avec une sécurité qui s'explique par la remarquable tolérance de l'organe pour le fer rouge, porté même sur la membrane qui revet sa cavité.

A l'appui de l'efficacité de sa méthode, M. Abeille relate, dans son livre, plus de cent observations particulièrement probantes. De tels résultats donnent grandement à réfléchir. Certes, ils sont de nature à encourager les chirurgiens à s'engager à leur tour dans la voie ouverte par notre distingué confrère. Au lieu d'abandonner à une destinée plus ou moins triste les malheureuses femmes, chez lesquelles certaines affections utérines deviennent de véritables infirmités, les praticiens seront heureux de tirer parti d'une méthode qui, nous n'en doutons pas, ne saurait tarder à devenir classique. Il y a tout lieu de croire que les progrès accomplis dans ces derniers temps, dans la chirurgie ignée, par la découverte du thermo-cautère, qui semble particulièrement convenir dans ces cas particuliers, ne contribueront pas peu à faire passer la myotomie utéro-vaginale ignée dans la pratique courante. Il supprime, en effet, l'effrayant *apparatus* de l'antique cautère actuel, en même temps qu'il réduit à son maximum de simplicité le manuel opératoire.

Aussi, formons-nous des vœux pour que, mettant le dernier sceau à son œuvre, M. Abeille fasse subir à ses instruments une modification qui les transforme en autant de thermo-cautères. B.

Traité d'Anatomie topographique, avec application à la chirurgie, par M. Tillaux (1).

Voici enfin la dernière partie, si impatiemment attendue, du bel ouvrage de M. Tillaux. Ayant eu, lors de la publication de chacun des fascicules précédents, l'occasion de dire tout le bien que nous pensons du livre de l'habile

(1) Troisième fascicule (2e partie). Asselin, éditeur. Prix : 4 fr. 50.

chirurgien de l'hôpital Lariboisière, il nous semble inutile d'en faire ressortir de nouveau les précieuses qualités. Qu'il nous suffise de rappeler que, par une heureuse initiative, M. Tillaux a fait suivre chacune de ses descriptions d'applications à la chirurgie. C'est avec raison qu'il lui a semblé beaucoup plus avantageux pour le lecteur de signaler toujours la conséquence d'un rapport, à côté de ce rapport lui-même. C'est là, ainsi qu'il le fait remarquer, la plus grande difficulté qu'il ait rencontrée dans la rédaction de ce traité.

Cette deuxième partie du troisième fascicule, illustrée de nombreuses figures, dont un certain nombre sont schèmatiques, d'une étendue de 200 pages, est consacrée à l'étude de l'anatomie topographique des organes génito-urinaires de la femme, du périnée et des membres inférieurs.

Ajoutons que l'intelligent éditeur n'a rien négligé pour assurer le succès de cet ouvrage, dont l'exécution matérielle ne laisse rien à désirer. Aussi, prédisons-nous un grand et légitime succès au livre de M. Tillaux, qui a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les chirurgiens. B.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1877.

Présidence de M. Bouley.

Mode de réunion des grandes plaies.—M. Azam (de Bordeaux), donne lecture d'un travail sur un nouveau mode de réunion des grandes plaies, particulièrement des plaies d'amputation.

Les chirurgiens de Bordeaux emploient, depuis environ dix ans, une méthode particulière de réunion des plaies d'amputation et d'autres grandes plaies opératoires.

Cette méthode est basée sur cette idée générale : réunir par première intention toutes les parties qui peuvent être réunies, faciliter la suppuration de celles qu'on ne peut se dispenser de laisser suppurer.

Elle compte trois temps, le drainage profond, la suture profonde et la suture superficielle. Son succès n'est certain que, par l'emploi simultané d'au moins deux de ses temps, le drainage et la suture superficielle ou de la suture superficielle seulement.

D'après une enquête sommaire nécessairement incomplète, elle a été mise en pratique dans deux cent-deux cas, et ses succès comme sûreté et rapidité de guérison ont été tels que tous les chirurgiens qui l'ont mise en usage, l'ont définitivement adoptée.

Hypertrophies partielles du col de l'utérus. — M. Courty (de Montpellier) lit un travail sur les hypertrophies partielles du col de l'utérus, qu'il ne faut pas confondre avec les tumeurs proprement dites du même organe.

Elle existe sur les parties périphériques ou sur les parties qui forment les parois même de la cavité cervicale.

Cette hypertrophie partielle des parois de la cavité du col est la moins connue et la plus importante à connaître.

Le traitement consiste en moyens généraux et locaux résolutifs (fondants, bains, injections, pessaires médicamenteux, hydrothérapie).

Les moyens spéciaux sont la dilatation par des tentes d'éponge préparée, les scarifications saignantes ou caustiques pour l'hypertrophie siégeant à l'isthme cervico-utérin, l'ignipuncture simple ou double pour l'hypertrophie siégeant à l'orifice vaginal.

La guérison de l'hypertrophie partielle du col entraîne la guérison de la stérilité.

De l'hyperesthésie vulgaire et du vaginisme. — M. F. DE RANSE donne lecture d'un travail sur ce sujet.

Du rapprochement de trois faits qu'il rapporte et des considérations qu'il expose à ce propos, M. Ranse conclut que l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme ou contracture spasmodique du sphincter vaginal sont deux affections qui s'associent fréquemment, mais qui peuvent aussi s'observer indépendamment l'une de l'autre et que, par conséquent, elles doivent être étudiées et décrites séparément, quelque opinion d'ailleurs que l'on se fasse de leur nature ou de leur pathogénie . . . . . .

Séance du 29 mai 1877.

Présidence de M. BOULEY.

Fièvre typhoïde (*Suite*). — L'ensemble du travail de M. Chauffard se trouve exposé dans les considérations suivantes : La cause occasionnelle des maladies spécifiques, et de la fièvre typhoïde en particulier, peut appartenir à des faits d'ordre commun et à des faits d'ordre spécifique; elle peut même faire défaut. Le caractère propre et nosologique des maladies spécifiques ne saurait donc, en général, être fourni par la cause extérieure et occasionnelle de ces maladies. La maladie spécifique a pour caractère et pour cause essentielle une conception et génération morbides spécifiques, au sein de l'activité vivante. Cette génération morbide spécifique a pour représentant un produit spécifique, aboutissant et réalisation de la spécificité morbide. Ce produit spécifique n'est pas un élément figuré distinct; dans les maladies virulentes, il s'identifie avec les granulations corpusculaires normales, observées dans les humeurs saines ou pathologiques, et dans les éléments histologiques de nos tissus. Il est probable que dans les maladies spécifiques non virulentes, ces mêmes granulations restent le représentant de la spécificité. Rien ne décèle le pouvoir morbide de ces granulations que l'approche d'un organisme sain, chez qui elles provoquent la maladie spécifique qu'elles représentent d'une manière latente. On peut donc logiquement réduire en un tout les caractères essentiels de la maladie spécifique et arriver ainsi à cette définition :

« La maladie spécifique, quelles que soient ses causes occasionnelles, est celle qui se manifeste et se juge par la création et l'émission des produits spécifiques, c'est-à-dire capables de transmettre à un organisme sain la maladie dont ils sont le signe et le produit. »

M. Chauffard est d'avis que la fièvre typhoïde et la septicémie sont unies par une analogie manifeste, si nous les envisageons, bien entendu, sous le point de vue étiologique. Dans la septicémie, on n'admet pas la spontanéité du mal; la contagion est attribuée à un parasite animé, et non à ces granulations élémentaires que tout blessé répand innombrables dans chaque goutte de pus. On ne veut pas voir que le blessé est l'agent producteur et premier de l'état spécifique, dans lequel il tombe, et que si la contagion l'atteint, c'est que le plus souvent il s'y est préparé au point de l'appeler de partout et même de la réaliser spontanément.

M. Chauffard, dans la discussion actuelle, fait appel à la spontanéité méconnue de l'organisme vivant, maître de ses déterminations pathologiques, alors même qu'elles sont sollicitées par un agent spécifique et contagieux. C'est cette spontanéité qui domine toute l'étiologie et toute la pathogénie de la fièvre typhoïde; en dehors d'elle, tout tourne à l'erreur; et, dans ce virement, il n'en est pas de plus éloigné des réalités que celui qui donne, pour unique cause à la fièvre typhoïde, la contagion ou le poison typhoïde, comme disent quelques médecins, et pour unique pathogénie, la théorie parasitaire. L'étiologie et la théorie parasitaire de la fièvre typhoïde poussent à l'idée que

l'on pourra, un jour, supprimer de la pathologie la fièvre typhoïde et l'ensemble des maladies spécifiques. Si la fièvre typhoïde relève de lésions parasitaires, on peut, en effet, nourrir le vague espoir de débarrasser l'humanité de ces ignobles choses, pour employer le langage même de M. le Dr Budd. Si la fièvre typhoïde sort de notre spontanéité vivante, si nous l'engendrons en nous et de notre sang, si elle surgit de toutes les conditions sociales et nécessaires qui nous enveloppent, nous nous bercerions de chimères, en pensant qu'elle disparaîtra d'au milieu de nous. De toutes les maladies spécifiques, elle semble la plus naturelle. La fièvre typhoïde vient en nous de mille sources; notre milieu social et nous-mêmes, nous concourons incessamment à sa génération. (*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Trachéotomie. — M. de Saint-Germain communique une nouvelle observation de trachéotomie à l'aide du thermo-cautère. Cette opération a été pratiquée hier, sous ses yeux, par M. Krishaber, sur un adulte atteint de tumeur du larynx. Cet individu avait cette forme de cou gros et court, que l'on a désigné sous le nom un peu fantaisiste de cou *proconsulaire*. L'opération a parfaitement marché et n'a pas duré plus de vingt minutes; les tissus ont été divisés, couche par couche, jusqu'à la trachée, la température du thermo-cautère diminuant à mesure que l'on se rapprochait de ce canal. La trachée a été ouverte avec le bistouri. Pendant tout le temps qu'a duré l'application du thermo-cautère, il ne s'est pas écoulé une goutte de sang; seule, l'ouverture de la trachée a donné lieu à un léger écoulement sanguin équivalant à peine à un quart de cuillerée à café.

Chose digne de remarque, le thermo-cautère, ayant dévié un peu de la ligne médiane, est venu entamer le lobe gauche du corps thyroïde, organe dont la lésion a été présentée comme la principale cause des hémorrhagies dans la trachéotomie, et cependant il ne s'est pas fait, en ce point, le moindre écoulement sanguin.

Les résultats de cette nouvelle opération rendent de plus en plus M. de Saint-Germain confiant dans l'excellence de cette méthode de trachéotomie chez l'adulte, l'application chez les enfants étant réservée.

M. Desprès fait observer que la communication de M. de Saint-Germain eût gagné à être faite plus tard, car elle contient nécessairement plusieurs lacunes. L'opération a été pratiquée hier et s'est accomplie sans accident; c'est fort bien; mais quelles en seront les suites? Y aura-t-il ou non des hémorrhagies secondaires? Ne se produira-t-il pas des eschares plus ou moins étendues? Un rétrécissement ultérieur de la trachée n'est-il pas à craindre? Autant de questions que l'observation prématurément présentée laisse en suspens. En résumé, cette observation, probante au point de vue du manuel opératoire et des conséquences immédiates de l'opération, est incomplète au point de vue des résultats définitifs. D'ailleurs, ajoute M. Desprès, les trachéotomies faites pour des cancers du larynx réussissent généralement, comme, du reste, toutes les opérations pratiqués chez les sujets cancéreux.

M. Verneuil fait observer qu'il est difficile encore d'apprécier les résultats définitifs des opérations de trachéotomie à l'aide du thermo-cautère, puisque cette méthode est entrée depuis peu dans la pratique; cependant, s'il est vrai qu'il ne faut juger définitivement une opération qu'après en avoir suivi les résultats pendant un certain laps de temps, il y a lieu, toutefois, de convenir que la facilité et l'innocuité du manuel opératoire sont déjà des raison qui plaide en sa faveur.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 10 avril 1877, ont été promus dans le corps des officiers de l'armée de terre:

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Baldy, Gobet, Biebuyck, Janson et Chauvel.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Lelorrain, Passot, Strauss, Lavat, Jourdan, Dubarry et Bois.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Marcaîlhou.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : MM. Raby et Morel.

***

Un nouvel hospice. — L'Assistance publique va faire construire à Saint-Mandé un hospice de vieillards pour les deux sexes. On remettrait en état les bâtiments de l'hospice Saint-Michel. Ce nouvel hospice sera édifié avec un legs de 2,800,000 fr. fait à l'Assistance par Mme Ve Lenoir-Joussereau.

***

Service médical de nuit. — Un service médical de nuit a été organisé à Paris il y a deux ans. Cet essai a parfaitement réussi, et aujourd'hui le service fonctionne d'une manière régulière dans les 80 quartiers de la capitale. Cette organisation nouvelle ne nécessite qu'une dépense relativement modérée. D'après le principe arrêté, en effet, les visites du médecin de nuit doivent être remboursées par toutes les personnes en état de payer. Il n'est fait d'exception à cette règle que pour les indigents. Or, peu de ces derniers ont eu recours au service de nuit, et c'est à peine si, de ce chef, l'administration a eu, l'année dernière, a supporter une dépense d'une quarantaine de mille francs, soit, en moyenne, à peu près 500 francs par quartier. C'est peu, si l'on considère les immenses services rendus par cette institution, qui fonctionne déjà avec succès dans plusieurs villes de l'Europe

(*Progrès médical.*)

Les nouveaux Travaux de l'École de médecine. — Le plan de la nouvelle Ecole de médecine, modifié, va être soumis prochainement au Conseil municipal. Après le vote, les travaux seront poussés très-activement.

Les constructions des nouveaux bâtiments vont être commencées simultanément sur tous les points de leur périmètre, excepté dans la partie qui touche à la rue Hautefeuille. Sur ce point, les maisons expropriées ne seront pas démolies immédiatement; elles serviront à l'installation provisoire de divers services, entre autres celui de la bibliothèque. Les travaux commenceront en même temps du côté du boulevard Saint-Germain, là où s'élèvera la façade monumentale; ils seront également conduits avec une grande activité.

Quant aux agrandissements de l'Ecole pratique, ils ne pourront commencer de sitôt; on est obligé d'attendre que l'hôpital des cliniques puisse être en partie évacué. (*France méd.*)

***

— La Faculté de médecine est actuellement en instance auprès de la préfecture de police pour obtenir l'autorisation de faire à la Morgue des cours de médecine légale.

Dans le cas, fort probable d'ailleurs, où cette autorisation serait accordée, les cours auraient lieu deux fois par semaine pendant toute la saison d'hiver, dans une des salles de la Morgue, et en présence des élèves de quatrième année. Le professeur chargé de ces cours pourrait disposer, à cet effet, des corps qui n'auraient pas été réclamés ou reconnus dans un délai déterminé.

Quant aux cadavres des personnes qui auraient été supposées victimes d'un crime, ils ne seraient, bien entendu, livrés au professeur qu'après qu'il aurait été procédé à l'autopsie par le médecin expert, alors seulement que, le rapport de ce dernier étant terminé et la justice étant suffisamment éclairée,

le permis d'inhumer aurait été délivré par le procureur de la République. Il n'est pas besoin d'ajouter que la Faculté de médecine ne pourra disposer des corps reconnus que dans le cas seulement où elle en aura obtenu préalablement l'autorisation expresse de la famille. (*Le Monde.*)

***

Les boucles d'oreilles en cuivre. — Au moment où l'on discutait à Paris la question de la toxicité ou de la non-toxicité des sels de cuivre, le journal *el Criterio medico* a publié deux faits qui prouvent combien peuvent être nuisibles les pendants fabriqués avec ce métal. Il s'agit de deux jeunes filles qui souffraient de blépharite, compliquée chez l'une d'inflammation de la moitié inférieure du pavillon de l'oreille gauche. Tous les remèdes avaient été inutiles; et il suffit de supprimer les boucles d'oreilles pour que les deux petites malades guérissent. (*Moniteur.*)

***

Sueur phosphorescente. — Le professeur Fargioni, faisant à la Société médico-physique florentine une communication sur la phosphorescence chez les animaux marins, le professeur Panceri cita le cas d'un médecin napolitain, qui, après avoir mangé du poisson, éprouva du malaise, des nausées et présenta le phénomène d'une sueur lumineuse. Il communiqua ce fait au docteur Panceri, qui faisait alors des recherches sur un poisson phosphorescent des eaux de Naples, le *pesce baudiera*, et qui n'hésita pas à attribuer aux exhalations de la matière grasse du poisson la sueur phosphorescente observée chez le confrère napolitain.

Alors un autre académicien, le docteur Borgiotti, raconta avoir observé une sueur phosphorescente chez un malade atteint de miliaire. Ce fait avait considérablement inquiété la famille du malade et passablement étonné le médecin, qui, sans partager les terreurs superstitieuses des parents, ne trouvait pas d'explication au phénomène. Cependant un collègue, auquel il avait parlé de cet incident, lui aviat dit que le fait avait déjà été noté dans l'histoire de la miliaire. (*France méd.*)

***

Revaccination chez les militaires. — Si la revaccination est négligée de la manière la plus regrettable et la plus imprudente dans la médecine et l'administration civiles, la médecine et l'administration militaires n'oublient pas de la même façon leurs devoirs à l'égard du soldat. M. Lereboullet, au Val-de-Grâce, sur 886 revaccinés qui se sont représentés à la visite, a constaté 237 succès, soit 1 sur 3,7. La revaccination avait été pratiquée avec du vaccin d'enfant. Faut-il voir dans le nombre des succès une preuve de la supériorité du vaccin d'enfant sur le vaccin d'adulte? (*Lyon Méd.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du 17 au 24 mai,* 996 décès ainsi répartis : variole, 5; rougeole, 10; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 14; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 53; pneumonie, 78; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 2; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 33; croup, 9; affections puerpérales, 6; affections aiguës, 228; affections chroniques, 487 (dont 180 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 34; causes accidentelles, 30.

Du 24 au 31 mai, 925 décès ainsi répartis : variole, 4; rougeole, 12; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 21; érysipèle, 8; bronchite aiguë, 35; pneumonie, 61; dysentérie, 0; diarrhée cholériforme des enfants, 7; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 25; croup, 20; affections puerpérales, 6; affections aiguës, 269; affections chroniques, 395 (dont 133 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 32; causes accidentelles, 28.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris.— Imp. Balitout, Questroy et Ce, 7, rue Baillif.

Librairie Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Traité d'Anatomie topographique, avec applications à la chirurgie, par P. Tillaux, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Vient de paraître :

La 2e partie du 3e et dernier fascicule contenant : *les Organes génito-urinaires de la femme, le périnée et les membres inférieurs.* Prix..... 4 fr. 50

Prix de l'ouvrage complet. 1 très-fort volume grand in-8° de plus de 1,200 pages, avec 250 figures tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. cartonné à l'anglaise. Prix..... 25 fr.

Du Traitement du Prolapsus utérin, par les opérations chirurgicales, par le Dr A David. In-8. Prix. 2 f. 50

Du Traitement et de la Guérison de l'Anévrysme du cœur, par le Dr Dufresse de Chassaigne. 1 vol. in-8 avec fig. Prix broché..... 7 fr.

LIBRAIRIE Ve AD. DELAHAYE ET Ce.

Maladies du Rectum. — Diagnostic et traitement, par W. Allingham, membre du collége des chirurgiens d'Angleterre. Ouvrage traduit et annoté par le Dr Georges Poinsot, avec une introduction de M. le professeur Courty. 1 vol. in-8. Prix..... 5 fr.

Des Glossites tertiaires, glossites scléreuses; — glossites gommeuses. Leçons professées par le Dr Alfred Fournier, médecin à l'hôpital Saint-Louis, etc.; rédigées et publiées par H. Buzot, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8, avec 3 planches en chromolithographie. Prix..... 4 fr.

Etude sur la Ménopause, par le Dr Barié. 1 vol. in-8. Prix..... 4 fr.

Clinique chirurgicale. — Appendice contenant dix-huit nouveaux mémoires de chirurgie, par le professeur Rizzoli, chirurgien en chef de l'hôpital Major de Bologne (Italie). Traduits de l'italien par le Dr Andreini. 1 vol. in-8, avec 18 fig. dans le texte. Prix..... 3 fr.

Prix de l'ouvrage complet... 15 fr.

Etude sur le Traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie, par le Dr Henriet. In-8. Prix..... 3 fr. 50

Les Etats-Unis (United States America). Notes sur l'organisation scientifique, les facultés de médecine, les hôpitaux, la prostitution, la syphilis, l'hygiène, par le Dr Guichet. 1 vol. in-18. Prix..... 2 fr. 50

Localisations de la Syphilose corticale du cerveau. Aphasie et hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente, par le Dr Ch. Mauriac, médecin. à l'hôpital du Midi. In-8. Prix..... 2 fr. 50

De la Convalescence confirmée. Etude et appréciation de faits observés à l'asile de Vincennes, par le Dr Braive. In-8. Prix..... 1 fr. 50

Du Danger des médicaments actifs dans les cas des lésions rénales, par le Dr Ch. Chauvet. In-8. Prix.... 1 fr. 50

Clinique ophthalmologique. Relevé statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1876, par le Dr de Wecker. In-8, avec fig. dans le texte. Prix..... 1 fr. 50

Traitement des Inflammations et d'autres maladies chroniques des organes génito-urinaires; sur la taille périnéale par dilatation, et sur la lithotritie périnéale, par le Dr Auguste Mercier. In-8. Prix..... 1 fr. 50

Cours spécialement destiné aux sages-femmes sur l'hygiène des nourrissons. — M. le Dr Brochard commencera ce cours *public* et *gratuit* le mercredi 20 juin, à quatre heures, et le continuera les mercredis suivants, 36, rue de Babylone.

BOITE AUX LETTRES

N° 4508. — M. le Dr D..., à A... — Nous utiliserons pour le mieux votre communication. Nous vous prions, toutefois, de vouloir bien la compléter par une description, et, si possible, par un dessin de l'appareil.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 13. — 1er JUILLET 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Leçon de M. G. SÉE.

De l'Ulcère de l'estomac (1).

SYMPTOMATOLOGIE.—Les symptômes sont très-peu nombreux. Ils se réduisent à la douleur, aux vomissements, à la dyspepsie et à la dénutrition. Or, aucun de ces signes n'est constant, ce qui fait que l'ulcère de l'estomac est une des affections dont le diagnostic est le plus difficile.

Ces symptômes, les deux premiers surtout, par leur importance, lorsqu'ils se manifestent, sont dignes d'une étude spéciale.

Douleur. — La douleur est le phénomène le plus fréquent de l'ulcère de l'estomac. Cependant on ne l'observe pas constamment.

Le moment où se manifeste cette douleur est très-variable. Le plus souvent elle se produit quelque temps après l'ingestion des aliments, surtout lorsque ces derniers sont indigestes. Fréquemment, aussi, elle a lieu alors que l'estomac est vide, ou soi-disant vide d'aliments.

Il faut savoir, en effet, que certains d'entre eux, non encore digérés, restent dans le ventricule bien au delà du temps attribué à la digestion stomacale.

On a prétendu que cette douleur était occasionnée ou augmentée par l'action du refroidissement, et qu'elle se développait sous l'influence d'une impression morale. Ce sont là des erreurs, car ces causes ne peuvent rien pour le développement d'un phénomène d'ordre purement local et physique.

On a dit encore que la douleur était augmentée par la pression. Rien de moins juste, car une pression douce et étendue soulage souvent cette souffrance gastrique, ainsi que cela a lieu également pour la gastralgie.

La douleur est paroxystique. Elle se produit quelquefois trois ou quatre fois par jour, et peut faire défaut pendant des semaines et même des mois.

On a prétendu que sa production, ses paroxysmes étaient en rapport avec une extension de l'ulcère. Rien n'est moins exact. On a vu, à l'autopsie, de très-petits ulcères chez des sujets qui avaient été éprouvés par de violentes douleurs, et des ulcères très-étendus, chez des malades qui n'avaient nullement souffert.

Quelle est la cause, quel est le siége de la douleur? Deux ordres de causes peuvent être invoqués. Il est manifeste qu'elle est due à l'action du suc gastrique sur les ramifications plus ou moins dénudées du nerf pneumo-gastrique; mais on doit faire intervenir aussi, dans une certaine part, une contraction des muscles, une sorte de crampe qui se propage aux nerfs moteurs.

La douleur a deux lieux d'élection; la région épigastrique et la région rachidienne dorso-lombaire. Il est mani-

(1) Suite. Voir le numéro du 15 juin.

feste que cette douleur ne siége pas à l'estomac lui-même, car souvent elle se produit à l'épigastre, et l'on sait que, dans les quatre cinquièmes des cas, le lieu d'élection de l'ulcère est à la paroi postérieure du ventricule. Il ne faut voir dans ce phénomène qu'une action réflexe. Il y a, de la part du pneumogastrique, une réaction sur la moelle épinière, qui renvoie ensuite des irradiations douloureuses. Il se produit, en pareil cas, un phénomène analogue à celui qui s'observe dans la pneumonie du sommet, qui développe des névropathies vers les 5e, 6e, 7e espaces intercostaux.

Vomissements. — Les vomissements constituent aussi un symptôme très important, quand ils existent, car ils manquent souvent. Sur 120 cas, Muller a fait la remarque qu'ils n'ont fait défaut que pour un cinquième. Il est donc des malades qui n'en sont jamais affectés.

De même que la douleur se produit quelquefois à jeun, ainsi les vomissements peuvent avoir lieu dans le moment où le ventricule est vide d'aliments. On ne peut donc dire que ce soient ces derniers qui donnent exclusivement lieu à la production de ces deux phénomènes morbides.

Mais, parce que l'estomac d'un sujet à jeun ne contient pas d'aliments, est-ce à dire qu'il soit vide? En aucune façon; à ce moment on avale de la salive. C'est ainsi que se produisent les vomissements pituiteux matutinaux. Or, la salive détermine une sécrétion d'acide gastrique, dont la surabondance suffit pour exciter la douleur.

M. Sée fait incidemment remarquer que la plupart des médecins, pour combattre l'acidité gastrique du matin, prescrivent l'eau de Vichy ou le bicarbonate de soude. En cela, ils se trompent grossièrement. A l'inverse de ce que l'on pourrait croire *à priori*, les alcalins ont précisément pour effet une augmentation immédiate du suc gastrique.

Un fait d'observation; c'est que les vomissements font aussitôt disparaître la douleur. Cela s'explique naturellement par la disparition du corps du délit.

Hématémèse. — Un phénomène des plus graves ouvre souvent la scène. Dans les meilleures conditions apparentes de santé, dans un état de souffrance mal définie, c'est-à-dire en l'absence de douleur, de vomissements, de dyspepsie, un sujet est pris d'*hématémèse*. L'affection se dessine : il s'agit, soit de règles déviées, soit d'un cancer, soit d'un ulcère de l'estomac.

C'est un singulier phénomène que l'hématémèse. Après un premier vomissement de sang, le malade recouvre quelquefois sa pleine santé. D'autrefois cet accident se reproduit au bout de plusieurs mois, de plusieurs années. Lorsque l'on vient à pratiquer l'autopsie tardive de ces sujets, on retrouve une ou plusieurs cicatrices, signes révélateurs des ulcères.

Il est manifeste que ces hémorrhagies sont dues à la destruction d'un vaisseau. Leur abondance, leur persistance sont en rapport avec le calibre de ce dernier.

La perte de sang, du reste, peut s'effectuer par plusieurs voies. Non-seulement il arrive qu'il est évacué par le vomissement, mais il peut être entraîné par les selles. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie est purement interne. On a vu des malades succomber dans ces conditions, sans que cet accident soit traduit au dehors. Les malades pâlissent, accusent du malaise ou des nausées suivies ou non de vomissements non sanguinolents, et ils perdent la vie dans une syncope. Plusieurs fois, à l'autopsie, on a trouvé des quantités énormes de sang dans les intestins.

Lorsque le sang est expulsé aussitôt après son extravasation dans l'estomac, il conserve sa coloration vermeille. S'il a séjourné quelque temps dans le ventricule, s'il a parcouru le tube intestinal, au contact du suc gastrique ou des acides de l'intestin, il prend un aspect noir, marc de café, coloration due à

la transformation de l'hémoglobine.

La moitié des malades succombent après trois, quatre, dix hématémèses. L'issue funeste se fait quelquefois attendre dix, douze, quinze ans. Souvent on se croit guéri, et on ne songe plus à la maladie, quand arrive une nouvelle hémorrhagie, qui met fin à la vie. On peut donc dire que, quiconque a été une fois atteint d'hématémèse, peut bien être à l'abri à tout jamais de nouveaux accidents, comme il peut aussi considérer comme suspendue sur sa tête une nouvelle épée de Damoclès.

Dyspepsie. — La dyspepsie, qu'on observe chez certains malades, est un phénomène accidentel, qui ne s'explique par aucune lésion anatomique. L'ulcération est si limitée, qu'elle n'a aucune influence sur les fonctions gastriques. Par cela même, la nutrition s'entretenant très-bien, il n'y a pas de dépérissement, à part les cas, bien entendu, où il se produit des hématémèses et des vomissements, derniers sypmtômes qui expliquent clairement l'autophagisme des sujets qui en sont affectés.

Constipation. — Lorsque l'affection présente de la gravité, les malades mangent peu; éprouvant des troubles gastriques lorsqu'ils font usage des féculents, des légumes secs, de la graisse, ils renoncent à ces aliments, pour ne se nourrir que de viande, d'œufs, de poisson, en un mot, de substances azotées. Rien donc d'étonnant qu'avec un tel régime, quand surtout on réduit sensiblement la proportion de pain, qui fournit une forte proportion de résidu, rien d'étonnant qu'avec un tel régime les matières fécales soient peu abondantes. On considère à tort ces malades comme éprouvés par la constipation. Evidemment leurs selles ne sauraient être aussi copieuses que celles des personnes qui se bourrent l'estomac de fécules. Il faut considérer que le pain, les légumes secs, fournissent la moitié de résidu, tandis que le régime azoté n'en produit que 15 p. 100.

TERMINAISON. — Il est des malades qui sont atteints d'ulcère simple de l'estomac, et qui le supportent si bien qu'ils n'en ont nullement conscience. Chez d'autres, cette affection n'est révélée que par une ou plusieurs hématémèses. Ceux-là, guérissent encore quelquefois très-bien. Il en est chez lesquels on n'arrive à poser le diagnostic qu'ultérieurement, par le fait de la cicatrice de l'ulcère une fois guéri, cicatrice qui gêne les mouvements de l'estomac.

D'autre fois la maladie a une autre terminaison.

Il peut se produire une perforation du ventricule. Les conséquences diffèrent selon la nature de cette perforation. Dans les cas les plus malheureux, l'ulcère s'ouvre dans le péritoine, et donne lieu à une péritonite promptement mortelle. Dans un second cas, l'estomac a contracté des adhérences avec un organe parenchymateux (foie, rate). La mort n'est pas la conséquence forcée, immédiate de cet accident, et la vie peut se prolonger plus ou moins longtemps; mais, le plus ordinairement, le malade mène une existence mauvaise, et pleine de menaces. On a vu des perforations secondaires se faire dans l'intestin, dans la veine porte, entraînant à sa suite des abcès du foie, dans les poumons, occasionnant des pneumothorax.

Si l'on considère que l'on observe une perforation sur sept à huit cas, on comprendra combien le pronostic de l'ulcère simple de l'estomac doit être posé avec réserve. Dr RENOUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçon clinique de M. VERNEUIL.

§ 1. — Panaris du pouce. — D'une façon générale, sur quel point doit être pratiquée l'incision de ces tumeurs phlegmoneuses.

La première phalange du pouce de ce malade présente deux incisions. La première, siégeant à la partie interne, a été pratiquée, il y a quelques jours,

sans amener aucun soulagement. La tuméfaction et la douleur ayant augmenté, cet homme est entré dans les salles de M. Verneuil. L'interne de service a pratiqué une incision profonde sur la ligne médiane. La douleur a aussitôt disparu et le phlegmon est entré en voie de résolution.

A propos de ce malade, M. Verneuil fait observer que, dans les panaris, en général, l'incision ne doit jamais être pratiquée que sur la ligne médiane. Non seulement les incisions latérales exposent à la section des artères et des nerfs, avec leurs conséquences, c'est-à-dire l'hémorrhagie et l'anesthésie temporaire de l'organe, mais encore elles n'apportent que rarement du soulagement aux malades. Encore une fois, les incisions sur la ligne médiane doivent toujours être préférées, par cette double raison qu'elles n'exposent à aucun accident, et qu'elles sont beaucoup plus efficaces.

§ 2. — Le traumatisme, soit accidentel, soit chirurgical de l'œsophage donne souvent lieu au développement de la pleurésie. — Dangers de cette complication, chez les sujets cachectiques.

La pleurésie est une des complications les plus fréquentes du traumatisme de l'œsophage, et des opérations, quelles qu'elles soient, qui se pratiquent sur ce conduit naturel. Ce fait s'explique de la façon la plus naturelle. Les plèvres sont en rapport avec l'œsophage, dans le médiastin postérieur, par un tissu cellulaire conjonctif très-lâche. La moindre inflammation se transmet donc avec une extrême facilité de l'œsophage à la plèvre.

Tel a été, il y a tout lieu de l'admettre, le cas du malade sur le compte duquel M. Verneuil appelle un instant l'attention de ses auditeurs.

Cet homme est atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Désireux de guérir vite, il a demandé que, par une sorte de cathétérisme forcé, on lui passât, presque d'emblée, des bougies olivaires du plus fort calibre. C'est ainsi que, il y a trois jours, on a fait usage de la plus grosse olive de la filière. La conséquence plus que probable de cette graduation peu ménagée, a été le développement d'une pleurésie. Il y a plus lieu, en effet, de s'arrêter à cette supposition, que de croire à une affection concomitante.

Cette complication n'a rien de redoutable pour les malades qui, comme celui-ci, sont dans une bonne condition de santé générale. Mais il n'en est pas de même chez les sujets cachectiques, affaiblis par la diète et l'inanition. Dans ces derniers cas, il faut agir sur l'œsophage avec beaucoup de circonspection. Si les opérations qui se pratiquent sur ce conduit sont suivies de pleurésie, on a tout à craindre d'une telle complication, qui fait succomber un grand nombre de malades.

§ 3. — De la fièvre herpétique. — Cette manifestation diathésique, qui s'annonce à grand fracas, est, par elle-même, d'une bénignité extrême.

Au cours des cures chirurgicales s'annonçant sous les auspices les plus favorables, il n'est pas très-rare de voir surgir tout à coup des accidents propres à inspirer les plus sérieuses inquiétudes. Le début en est inopiné; la température s'élève presqu'aussitôt jusqu'à 40 degrés. Il existe chez les malades un état sabural. Tout fait croire à une affection aiguë intercurrente. On soupçonne le développement d'un érysipèle ou d'une lymphangite. Si au bout de vingt-quatre à trente-six heures d'une pénible anxiété on ne voit se dessiner aucun des caractères de ces complications, on peut se rassurer. Tous ces accidents se dissipent comme d'eux-mêmes et sans aucun traitement. Il ne s'est agi que d'une fièvre herpétique, qui se traduit, alors seulement, par l'apparition d'un herpès.

Il en a été ainsi chez une malade opérée récemment d'une tumeur en-

flammée du sein. M. Verneuil ne s'était décidé qu'à son corps défendant à opérer cette femme, pourvue d'un embonpoint un peu exagéré. C'est que, ainsi que le fait remarquer l'éminent chirurgien, chez les sujets gros et gras, le processus réparateur va tout de travers. Ils sont exposés au développement de l'érysipèle, de la lymphangite, etc. Toujours est-il que, à la suite de cette opération, qui avait fait justice du phlegmon, la température de 39 degrès était tombée à 37 degrés, quand, du jour au lendemain, le thermomètre est monté à 40 degrés. En même temps la malade accusa du malaise; sa peau devint chaude, le visage pâlit. M. Verneuil crut d'abord à un érysipèle ou à une lymphangite. Survint en même temps, du côté du sein opéré, une névralgie intercostale, accompagnée d'un léger bruit de frottement. Ces deux symptômes donnèrent à croire à un commencement de pleurésie. Malgré l'embonpoint de la malade, état qui, en principe, contrindique l'emploi des émissions sanguines, six ventouses scarifiées furent appliquées *loco dolenti*. Que ce soit sous l'influence de ce traitement, ou par suite de la marche naturelle de la maladie, du jour au lendemain toutes ces menaces se sont dissipées.

M. Verneuil en est venu à se demander à quoi il a eu affaire? Eh bien ! la question de la pleurésie même est restée pour lui non résolue... Il incline à croire qu'il s'est agi simplement d'une poussée de fièvre herpétique, qui s'est manifestée extérieurement par un herpès aux lèvres.

L'herpès traumatique n'est pas très rare. Le savant professeur en a observé plus de vingt cas. Il importe donc aux chirurgiens de bien le reconnaître. On arrive au diagnostic en tenant compte des caractères suivants :

A la suite d'une opération, un malade semble aller au mieux. Tout à coup survient un frisson suivi de malaise, d'anéantissement des forces. La température s'élève brusquement. On craint le développement d'un érysipèle ou d'une lymphangite.

Un tel état donne de vives inquiétudes. Malheureusement, le chirurgien doit rester dans cette pénible attente pendant trente-six à quarante-huit heures, moment seulement où s'inscrit clairement le diagnostic, par l'apparition de l'herpès.

La fièvre herpétique, du reste, n'est pas autre chose qu'un rappel de la diathèse par la blessure. Elle ne s'observe guère que chez les goutteux et les rhumatisants. Il se passe dans ces conditions un fait analogue à ce qui se produit dans les autres diathèses. Qu'un paludique subisse un traumatisme, il aura un accès de fièvre intermittente; une fracture du périné, chez un goutteux, donnera lieu à un accès de goutte; qu'un rhumatisant se donne une entorse, il aura une arthrite concomitante, etc.

Le fait du développement de la fièvre herpétique est trop peu connu. Il est pourtant essentiel d'en tenir compte, car il est à la fois dangereux et inutile d'agir énergiquement contre une manifestation de nature diathésique, dont le pronostic est d'une extrême bénignité.

(*A suivre.*). Dr CH. FERRANT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Tumeur très-volumineuse de l'orbite, guérie par une seule ponction aspiratrice (1).

Mme B..., habitant Toulouse, âgée de cinquante-cinq à soixante ans, a vécu quelque temps en Afrique avec son mari, qui appartenait à l'armée, et a perdu alors l'œil *droit* à la suite de kératites répétées. Du côté *gauche*, il y a près de trois ans qu'elle sentit se développer lentement une certaine tuméfaction dans la région interne et supérieure de l'orbite, accompagnée de douleurs névralgiques intermittentes dans la partie correspondante du front, sans

(1) Note communiquée à la *Société médicale* de Toulouse.

aucune rougeur, ni gonflement de la peau. Peu à peu, l'œil subit une certaine déviation qui ne gênait cependant pas la vision d'une manière notable. Cette situation ne s'était guère modifiée jusqu'à ces derniers temps.

Cependant cette dame, rentrée en France, a perdu son mari après une longue maladie pendant laquelle elle lui a donné les soins les plus assidus et les plus pénibles. Ces fatigues jointes à un violent chagrin amenèrent des douleurs plus fortes, et la malade sentant son œil se dévier de plus en plus, comprit que le mal faisait de rapides progrès. L'œil fut tellement abaissé par la tumeur, que pour voir (l'autre œil étant perdu), la malade était obligée d'attirer fortement en bas la paupière *inférieure* qui recouvrait maintenant en entier le globe oculaire. Par ce moyen seulement, elle parvenait à découvrir une partie de sa pupille et à se mettre ainsi en relation avec le monde extérieur.

Après un soigneux examen, nous crûmes reconnaître qu'il existait un peu de fluctuation semblant indiquer que nous avions affaire à une tumeur à contenu liquide; comme d'ailleurs on ne percevait ni battements ni souffles, et que les tissus qui recouvraient la tumeur ne présentaient aucune trace d'inflammation, nous portâmes le diagnostic de kyste de l'orbite.

Résolus à intervenir, nous voulûmes pourtant, vu l'état général très-affaissé de la malade, la préparer un peu à l'idée d'une opération, tout en observant ce qui pourrait se passer. Huit jours ne s'étaient pas écoulés, que la malade réclamait elle-même l'opération annoncée. La tumeur avait encore gagné en volume; à ce moment on sentait une fluctuation manifeste dans tout le plancher supérieur de l'orbite, et même jusqu'au-dessus du sourcil. L'œil était complétement immobilisé en bas et en dehors; les douleurs étaient devenues presque intolérables et la circulation gênée au point qu'un chémosis volumineux entourait la cornée; mais il n'y avait aucun gonflement de la paupière supérieure qui fît songer à un abcès. En présence d'une telle situation, il fallait opérer. Mais comment procéder pour éviter l'inflammation rapide d'une aussi vaste cavité, aux limites impossibles à préciser, dont le moindre danger était de compromettre de la manière la plus grave le seul œil qui restait à la malade et qui pouvait même lui enlever la vie par son extention aux méninges au travers des fentes crâniennes? L'aspirateur de Dieulafoy nous parut l'instrument le plus apte à parer au plus pressé, qui était de supprimer la compression extrême subie par l'œil en évacuant le liquide, nous en rapportant, pour la conduite ultérieure à tenir aux conséquences de cette manière d'agir.

Je plongeai une forte aiguille creuse de l'aspirateur dans un point déclive et bien fluctuant de la tumeur, comme j'eusse fait d'un trocart explorateur. Rien ne sortit spontanément; mais à peine l'aiguille fut-elle adaptée au corps de pompe, qu'un liquide très épais, d'une couleur un peu plus blanche que du pus phlegmoneux, apparut dans l'instrument. Il s'en écoula ainsi le tiers d'un grand verre environ; puis l'appareil devint impuissant. L'aiguille retirée, comme je vis sourdre par la plaie un peu de matière grumeleuse, à l'aide de pressions ménagées, je parvins à en évacuer autant environ qu'avec l'aspirateur. Cela ressemblait de plus en plus aux grumeaux graisseux que l'on trouve dans les petits kystes des paupières, appelés *chalazions*. Examiné au microscope, le liquide évacué à l'aide de l'aspirateur, a été trouvé fortement chargé de matières grasses sans aucuns globules purulents. Enfin, craignant le passage libre de l'air, nous appliquâmes un peu de taffetas gommé et un bandage compressif, Pendant quatre à cinq jours, sans aucune réaction générale, il se fit par la plaie un léger suintement, puis l'ouverture s'oblitéra.

L'œil eut bientôt repris une bonne

partie de ses mouvements, et, chose remarquable, alors que nous craignions de voir la tumeur se reproduire par une nouvelle accumulation de liquide, au bout de quinze à vingt jours, on ne sentait plus que très-vaguement et en un seul point un peu de fluctuation. Tout le reste du plancher supérieur de l'orbite donnait à la pression une sensation de résistance parfaitement naturelle. Aujourd'hui, plus d'un an après cette simple ponction, on reconnaît, au niveau de la tête du sourcil, un assez fort épaississement du tissus osseux ayant l'apparence d'une exostose; un peu plus loin, vers le plancher supérieur de l'orbite on sent un peu de fluctuation, comme s'il existait en ce point moins d'une demi-cuillerée à café de liquide; les douleurs de tête ont peu à peu disparu; la vue est bien conservée et l'œil a récupéré assez convenablement ses mouvements. Il semble qu'il est permis de considérer la guérison comme définitive.

Remarques. — Le diagnostic de kyste de l'orbite était-il pleinement justifié? La guérison obtenue par une simple ponction, l'épaississement des tissus qui s'est lentement produit à mesure que la guérison s'accentuait de plus en plus; la nature en apparence un peu douteuse, à l'œil nu du moins, du liquide évacué, permettraient peut-être de soutenir que nous avons eu affaire non à une tumeur enkystée, mais à une périostite chronique, passée tout à coup à l'état aigu et terminée par suppuration. Si d'ordinaire, le diagnostic différentiel de ces deux affections est très-facile à établir, surtout quand le volume modéré de la tumeur permet l'introduction du doigt entre la paroi orbitaire présumée malade et le globe oculaire; s'il est vrai que la périostite est due souvent à une violence extérieure, qu'elle est plus commune chez l'enfant que chez l'adulte, surtout sous l'influence de la diathèse scrofuleuse ou syphilitique; et que la peau recouvrant les points malades est alors plus ou moins enflammée ou œdémateuse, il faut reconnaître cependant qu'il y a des traits communs aux deux maladies; quelquefois même des difficultés telles dans l'exploration par le toucher qu'une erreur est facile. Les deux maladies sont de très-longue durée; toutes deux amènent la déviation de l'œil par une compression graduelle, toutes les deux donnent des douleurs névralgiques semblables; enfin, l'aspect extérieur de la tumeur peut être presque identique dans les deux affections. Or, chez notre malade, la tumeur, à cause de son volume considérable et de sa tension extrême, ne permettait pas une exploration suffisamment précise, pour trancher *à priori* la question de diagnostic, et si on était plutôt porté à croire à une tumeur enkystée, c'est que la peau qui la recouvrait semblait ne participer aucunement aux accidents qui se passaient dans les tissus sous-jacents.

Une seule chose pouvait éclairer notre jugement porté sur des apparences, et nous indiquer la voie à suivre dans l'avenir : c'était une ponction exploratrice. Les auteurs les plus compétents sont unanimes à conseiller cette pratique, dans le but de connaître la nature du liquide contenu dans la poche et aussi sa quantité approximative, qui permet de préciser un peu mieux jusqu'à quelle profondeur s'étend le kyste et par suite jusqu'où pourrait s'étendre l'inflammation provoquée dans la poche tout entière, soit par une large incision, soit par un autre moyen. La ponction montre aussi jusqu'où il faudrait porter les délabrements nécessaires pour arriver à l'extirpation complète de la tumeur, si on était tenté de mettre plus tard ce procédé à exécution. Mais les mêmes auteurs disent tous aussi qu'une ponction exploratrice est un moyen très-infidèle; et notre cas est, sous ce rapport, à ajouter à un grand nombre d'autres cités dans les ouvrages. On fait une ponction à l'aide d'un trocart même à large canule, dans un point très-fluctuant, et pas une goutte de liquide ne s'écoule au dehors; et dans le cas actuel, notre embarras fût

resté le même après la ponction, si nous n'avions mis à contribution l'invention vraiment utile pour une telle circonstance des instruments à aspiration.

Le cas actuel est, d'ailleurs, une preuve que Mackensie avait raison de dire qu'une simple ponction guérit entièrement certains kystes, à l'encontre de l'opinion d'auteurs beaucoup plus récents, mais d'une expérience sans doute moins vaste que la sienne. Si rares que puissent être les cas semblables à celui que je signale aujourd'hui, ils portent à suivre la pratique si simple que nous avons adoptée, qui, en guérissant quelquefois, donne toujours le temps de la réflexion et des indications assez précises pour épargner au malade de graves dangers.

Or, les risques que court celui-ci sont de deux sortes : certains chirurgiens ont vu un phlegmon de tout le tissu cellulaire de l'orbite suivre l'excision d'une portion de la paroi d'un kyste ou seulement une large incision. Certainement on ne meurt pas *habituellement* d'un phlegmon de l'orbite, mais un œil, derrière lequel se passe un si grave désordre, est fort compromis; et en admettant que l'inflammation reste en dehors de lui, la cécité ne sera que trop probable par suite de l'atrophie du nerf optique succédant à la rétraction cicatricielle de tous les tissus qui l'environnent. Et c'eût été pour nous un véritable désastre, car il ne faut pas oublier que nous devions, en guérissant le kyste, conserver intactes les fonctions de l'œil gauche, la malade ayant perdu depuis longtemps l'usage de l'œil droit.

Le second danger à redouter chez notre malade comme en général toutes les fois que le liquide retiré d'un kyste de l'orbite est très-abondant, c'est la communication de la tumeur avec l'intérieur du crâne, par le trou optique ou la fente sphénoïdale.

Tout le monde connaît le cas devenu classique du malade de Delpech, qui mourut de méningite, cinq jours après l'incision d'un kyste volumineux de l'orbite. L'autopsie démontra que le kyste s'étendait dans le crâne, et prouva par suite l'imprudence de l'illustre chirurgien, qui avait provoqué ce terrible accident, en introduisant de la charpie dans la poche, dans le but d'amener une inflammation adhésive.

De tels exemples nous paraissent bien faits pour rendre prudent et faire rechercher les moyens de restreindre l'inflammation consécutive à l'intervention opératoire, plutôt que de la provoquer. Si, au lieu d'introduire de la charpie immédiatement après la ponction, on établit une compression convenable, il en résulte un rapprochement des parois du kyste et un certain retour sur elles-mêmes, qui tend à diminuer l'étendue de la tumeur et de ses rapports avec les tissus environnants. On peut reproduire ainsi plusieurs fois, s'il le faut, ce retrait de la poche et la disposer graduellement à supporter sans trop de réaction, quand on jugera le moment venu, une large incision ou même l'extirpation complète.

Mais pourra-t-on exceptionnellement employer d'emblée un de ces deux procédés reconnus, plus que la ponction, capables d'amener la guérison définitive d'un kyste? Oui, si la tumeur est peu profondément dans l'orbite, c'est-à-dire le plus souvent chez les malades qui viennent consulter de bonne heure. Mais, en ce cas, je trouverais l'extirpation bien plus sûre que l'incision simple.

En résumé, il est prudent de commencer *toujours* le traitement chirurgical des kystes volumineux de l'orbite par une ponction suivie de l'évacuation complète du liquide à l'aide d'un instrument capable d'une aspiration énergique.

Ce moyen sera quelquefois suffisant pour amener une guérison définitive et facilitera, en cas d'insuccès, l'emploi de procédés plus actifs, mais non exempts de dangers.

Dr TERSON

Les sels naturels d'Arséniate de fer, dans l'aliénation mentale, par M. le Dr BARON. — On sait les nombreuses indications que présentent la plupart des sujets de l'aliénation mentale pour le fer et l'arsénic. Ces constitutions ordinairement débilitées et anémiques, dont les surfaces muqueuses ou cutanées remplissent leurs fonctions spéciales avec tant de difficultés, réclament parmi les fortifiants ceux qui portent leur action sur ces organes et en réveillent les fonctions. Mais sous les formes où l'on présente vulgairement ces médicaments, les aliénés, ceux notamment de l'espèce lypémaniaque, se refusent à les prendre, et le médecin en présence de ces cas, reste impuissant quoique en possession des agents qui produiraient les meilleurs effets.

M. le docteur Louis, médecin en chef de la maison d'aliénés à Bourg (Ain) s'est trouvé dans cette situation vis-à-vis de quinze cas de lypémanie chez des jeunes femmes, qui, à l'état anémique, joignaient pour la plupart la suppression du sang menstruel. Connaissant les Dragées arsenico-ferriques de la Dominique, il les a présentées à ces malades, qui les ont acceptées comme des enfants, sur la bonne apparence. L'usage en a pu être continué durant quatre semaines ; au bout de ce temps, notre confrère constatait une notable modification des symptômes particuliers, en même temps qu'une amélioration générale des malades.

Dans deux de ces cas, notamment, cette amélioration a été marquée et suivie d'un retour à la raison. M. Louis ne nous dit pas si cette guérison s'est maintenue. Rien cependant n'eût été plus intéressant dans son observation en faveur de la médication et du médicament. Mais il suffit d'avoir obtenu des effets thérapeutiques semblables pour justifier le bon emploi qu'on peut faire des Dragées de la Dominique.

Il est évident que la couleur et la forme que l'on a su donner à ces Dragées leur fait un attrait que le médecin doit trouver très-souvent l'occasion de mettre à profit. En considérant le grand nombre d'enfants dont l'organisation affaiblie d'origine ou débilitée ensuite indique spécialement l'administration des agents fer et arsenic associés ensemble, quand on considère encore le plus grand nombre de personnes à l'âge de raison, qui, pour les médicaments, conservent tous les instincts et toutes les répugnances des enfants, on comprend, jusqu'à l'approuver, l'heureuse idée que l'on a eu d'utiliser les dépôts ou les extraits arsenico-ferreux des eaux minérales de la source Dominique de Vals et de les préparer sous la forme de bonbons, qui peuvent plaire à tout le monde, même à ceux qui n'ont que des préférences entre les diverses préparations des médicaments.

Maintenant, si l'on considère que nous traversons une époque où l'anémie et ses conséquences semblent être le fond de toutes les maladies, c'est-à-dire une époque où les toniques fortifiants et reconstituants sont les plus rationnellement ordonnés dans la pratique médicale, on se rendra compte de l'opportunité que présente cette préparation nouvelle de sels naturels qui caractérisent la source remarquable de la Dominique, dont les eaux n'ont peut-être pas d'analogie minérale parmi celles qui font la richesse des stations thermales de France.

Correspondance.

De l'essence de térébenthine comme vermifuge.

Cher et honoré confrère,

Je viens de lire, dans le numéro du 15 juin dernier de votre excellent journal, un article du Dr Leared, sur les bons effets de l'essence de térébenthine comme vermifuge.

A l'appui de la bonté du remède, je vais vous raconter ce qui m'est arrivé, il y a trente ans, en traitant une malade, âgée de trente ans, qui demeurait à 6 kilomètres de mon domicile.

Cette femme était atteinte d'une extrême faiblesse de la moelle épinière.

Je traitais cette affection par des frictions avec un liniment fortement térébenthiné, en même temps que je faisais prendre une potion.

Par erreur, la malade avala le liniment. Son mari vint, en toute hâte, m'avertir de cette erreur. Je partis sur le champ à son secours.

Quel fut mon étonnement en trouvant la malade soulagée d'une façon sensible!

L'huile essentielle de térébenthine avait produit une selle copieuse, composée d'une quantité considérable d'œufs blanchâtres et transparents, de la grosseur d'un grain de chènevis, que je n'ai jamais rencontrés dans les matières stercorales.

Cette observation vient à l'appui de celle de notre confrère Leared, et établit les bons effets de l'huile de térébenthine en tant que vermifuge.

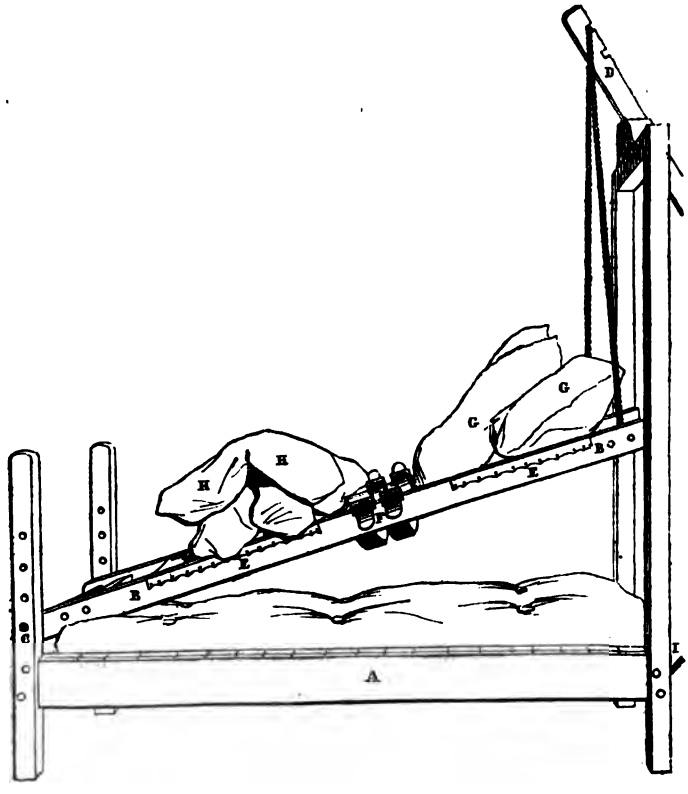
Dr MAILLIER.

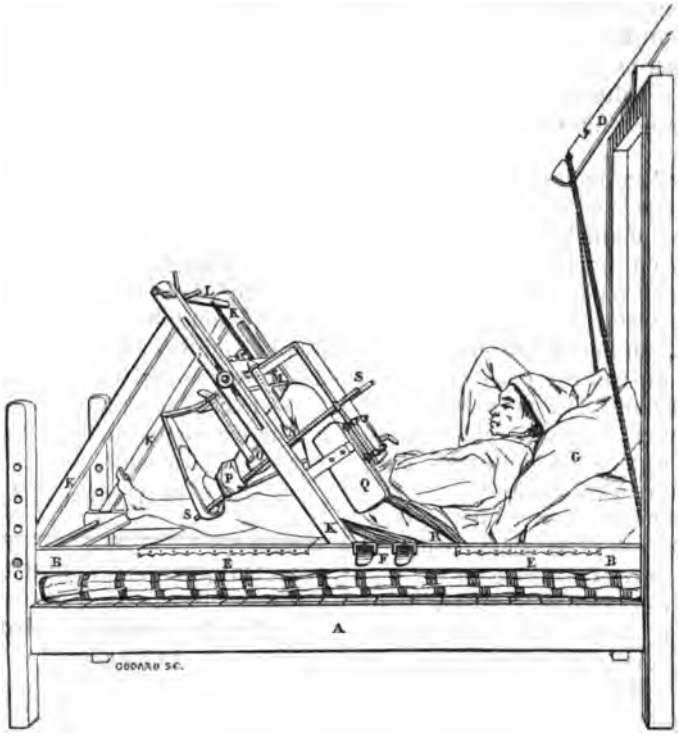
Dreux, 19 juin 1877.

Lit mécanique, pour le traitement des fractures du fémur.

On ne saurait se le dissimuler: en raison du déplorable perfectionnement de nos engins actuels de destruction, le nombre devenu indéfini, pour ainsi dire, des blessés, qui, après une grande bataille, ont un besoin urgent des soins délicats et compliqués dévolus aux brancardiers, paralysera, par là même, presque toujours le zèle et le dévouement des hommes qui sacrifient leur vie, pour l'accomplissement d'une mission si pleine de périls.

Ecartons-donc de cette question si importante de chirurgie pratique, qui est *le transport* et *le traitement des grands blessés*, la préoccupation des champs de bataille, où notre art salutaire sera toujours plus ou moins effacé par les néfastes exploits du génie du mal, et occupons-nous seulement ici des cas,





si nombreux, de *fractures graves* et *compliquées,* qui se produisent à l'occasion des travaux agricoles et industriels, auxquels les *brancards d'Amussat* et leurs analogues sont si souvent applicables avec succès.

Auteur moi-même, depuis vingt-cinq ans, d'un lit mécanique, j'en fais de temps à autre un heureux usage. Qu'il me soit permis de donner une description de cet appareil trop peu connu, et de relater l'observation suivante, bien propre à faire ressortir l'importance des services qu'on en peut retirer.

Pour rendre cette description plus aisément compréhensible, commençons par donner, avec une légende, les dessins de cet appareil.

Légende. — On devine, à la première vue, que la tête et le tronc du malade reposent sur les oreillers GG, le membre fracturé sur les coussins HH, formant double plan incliné, le bassin sur les deux courroies F.

Les besoins naturels satisfaits, la peau du siége convenablement pansée, on détache la corde fixée en I, et, à l'aide du levier D, on laisse le cadre mobile descendre lentement sur le matelas.

Les toiles BE et EB déchargées du poids du malade se détendent aussitôt; et les courroies relâchées peuvent être déplacées ou même enlevées.

Ce qui caractérise mon lit mécanique perfectionné, le voici en quelques mots :

1° C'est l'indépendance parfaite de ses deux cadres l'un de l'autre, et du lit auquel ils sont superposés, lit qui, le plus souvent, n'est constitué que par une paillasse, ou mieux, s'il est possible, *un sommier élastique recouvert d'un matelas* et installé tout simplement, au besoin, sur le pavé ou parquet des appartements (1).

(1) Les lits ordinaires étant souvent *trop petits.*

2° L'un des cadres, celui que j'appellerai cadre gestateur où *nosophore,* devant servir au besoin de *brancard,* pour aller chercher le blessé sur le lieu de l'accident, est muni, à cet effet, à ses quatre angles, de quatre fortes poignées en bois.

Les fortes courroies, destinées à la région du siége, sont au nombre de *quatre,* et l'une d'entr'elles, agissant de haut en bas, en sens inverse des trois autres, permet d'assujétir le blessé pendant son transport.

Les toiles, au lieu d'être clouées sur le montant du cadre *nosophore,* y sont attachées par huit petites courroies en cuir et leurs boucles, agissant au moyen de quatre baguettes en bois, pour les tendre à volonté.

De plus, pour donner aux quatre grandes courroies du siége toute la force nécessaire, j'ai fait fixer à l'une de leurs extrémités un T en fer, dont la tige, longue de 8 centimètres, et portant vis et écrou, introduite dans un trou pratiqué dans le montant en bois, puisse permettre d'exercer les compressions les plus énergiques sur le corps du blessé, en les graduant à volonté.

Ce n'est pas tout; de chaque côté du malade, en face du bassin, se trouvent les *deux mors parfaitement rembourrés d'un étau* qui, pouvant aussi se serrer *à vis,* permet de réaliser de la sorte *l'immobilité absolue du corps humain,* dans toute l'acception chirurgicale de cette expression.

3° Le cadre *élévateur* présente à ses quatre angles, quatre colonnes en fer creux de 25 centimètres de hauteur, renfermant quatre vis en fer, montées sur quatre roues dentées et entraînées dans une rotation simultanée, par une chaîne à la Vaucanson, dissimulée dans les montants du cadre élévateur, qui sont en bois.

Deux baguettes en fer, portant un écrou à chacune de leurs extrémités, une fois ajustées transversalement sur les quatre vis, descendent jusqu'à la partie inférieure des colonnes creusée au moyen d'une fente verticale pratiquée dans ces mêmes colonnes.

C'est sur ces deux baguettes en fer qu'est déposé le cadre nosophore et le blessé, qu'on élève ensuite à volonté jusqu'à 20 centimètres de hauteur au-dessus de sa couche, par un simple mouvement de manivelle pouvant agir au sommet de chacune des quatre colonnes.

Ce mécanisme, tel quel, résiste depuis vingt-deux ans aux fatigues inhérentes à son laborieux fonctionnement, étant toujours à la disposition des nombreux confrères qui désirent en assurer le bénéfice à leurs malades.

J'arrive maintenant à l'observation annoncée plus haut.

(*A suivre.*) Dr DAMOISEAU (d'Alençon).

POLICLINIQUE DE CHIRURGIE DES FEMMES

De la rétroversion de l'Utérus (1)

Nous croyons avoir établi la nécessité du traitement de la rétroversion de l'utérus; il nous reste à exposer le mode d'intervention. Mais auparavant déterminons avec exactitude la position de l'utérus en situation normale, la position de l'utérus en rétroversion.

L'utérus a la forme d'une pyramide renversée. Son point de suspension le plus fixe est la ligne de son col où s'insère annulairement l'extrémité supérieure du vagin. Si à ce point nous traversons le col de droite à gauche par une tige idéale ou axe de suspension et si, la femme étant debout, au milieu de cet axe nous abaissons par la pensée une perpendiculaire qui descende jusqu'au plancher du bassin, la base de la pyramide ou le fond de l'utérus se trouvera en avant de la verticale et son sommet ou le col de l'utérus se trouvera en arrière de cette verticale prolongée au-dessous de l'axe de suspension.

Par rapport à la verticale, à l'état

(1) (Suite.) Voir les numéros du 1er mai et du 15 juin.

normal, le fond de l'utérus est donc placé en avant ou antéversé.

Pour réaliser la rétroversion, le fond de l'utérus oscillant sur l'axe de suspension, marche d'avant en arrière vers la verticale, puis la franchit continuant sa direction en arrière et finit par tomber dans la concavité du sacrum, tandis que le col utérin se porte en avant de la verticale, vers le pubis.

Par rapport à la verticale, à l'état de rétroversion, le fond de l'utérus est donc placé en arrière ou rétroversé.

Ces conditions physiques déterminées, nous pouvons exposer le traitement.

Dans les cas de rétroversion de l'utérus, il ne faut jamais commencer le traitement, avons-nous dit, après un premier examen; il est nécessaire de s'assurer d'abord qu'on ne se trouve pas en présence d'une rétroversion instable, et ce n'est que par des examens successifs et donnant constamment le même résultat qu'on peut établir que la rétroversion est stable, pathologique. Ces examens répétés feront connaître en même temps le volume de l'utérus à l'époque de la menstruation comparativement à ce volume dans l'époque intermenstruelle. Ils permettront de juger des rapports respectifs de l'utérus avec le rectum et la vessie, de la rigidité ou de la laxité des parois du vagin, et de constater, par les divers mouvements imprimés à la matrice, s'il y a ou non des adhérences qui la brident dans sa situation anormale. Ces diverses explorations seront des préludes utiles pour préparer les organes pelviens aux manœuvres de la réduction.

Dès que dans l'esprit du chirurgien il ne peut plus y avoir de doute sur l'existence d'une rétroversion confirmée, stable, il faut procéder au traitement qui comprend la réduction et la contention.

Pour réduire, après avoir vidé le rectum et la vessie, il faut faire parcourir en sens inverse, au fond de l'utérus, le chemin qu'il a suivi pour que d'antéversé comme il est à l'état normal, il soit devenu rétroversé.

On y parvient en faisant placer la femme dans le décubitus latéral gauche. On introduit ensuite comme levier la longue pince utérine dont les mors fixent une boule de coton; la pince introduite dans le vagin, l'extrémité capitonnée par la boule de coton est appliquée dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Exercée dans ce point, la pression porte sur la face postérieure de l'utérus. Alors on se sert de la pince comme d'un levier du premier genre dans lequel la puissance est représentée par la main droite du chirurgien appliquée sur les anneaux de la pince, la résistance est représentée par l'utérus sur la face postérieure duquel presse l'extrémité capitonnée de la pince, et le point d'appui est représenté par la commissure postérieure de la vulve ou mieux par l'indicateur gauche du chirurgien placé sur cette commissure. La puissance fait décrire un arc de cercle d'avant en arrière vers le sacrum à l'extrémité annulaire de la pince; ce qui imprime un arc de cercle en sens opposé, c'est-à-dire d'arrière en avant vers le pubis, à l'extrémité opposée du levier. Par ce mouvement, le fond de l'utérus, d'abord en arrière de la verticale, s'en rapproche peu à peu, se place dans son plan, puis se jette en avant de ce plan vertical, regagnant ainsi la situation en antéversion normale, l'extrémité supérieure de son axe ou le fond utérin regardant l'ombilic, tandis que l'extrémité inférieure de l'axe, c'est-à-dire le col utérin est ramené par un mouvement de bascule en bas et en arrière, vers la symphyse sacro-coccygienne.

En ce moment, une deuxième pince armée d'une boule de coton comme la précédente, est appliquée dans le cul-de-sac antérieur et presse sur la face antérieure du col pour le maintenir dans la position acquise, tandis que la femme prend le décubitus dorsal dans l'attitude de l'application du spéculum. La main d'un aide est ensuite forte-

ment appliquée par son bord cubital, dans la région hypogastrique pour s'opposer au mouvement de ressort, au mouvement de restitution qui, la femme étant sur le dos, ne manquerait pas de se produire et de rejeter en arrière le fond utérin.

Ainsi se trouve accomplie la réduction dans les cas les plus simples.

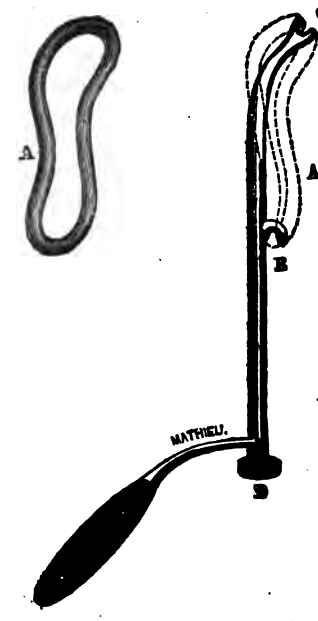
Sans vouloir entrer dans les développements étendus que comporterait l'étude de chaque cas particulier, je ne puis cependant omettre de mentionner que souvent la réduction présente de grandes difficultés. Dans quelques cas on réussit mieux en plaçant la femme sur les genoux et sur les coudes et en introduisant la pince à extrémité capitonnée ou même la main dans le vagin ou dans le rectum. Pour mon compte, dans les cas de réduction laborieuse dans lesquels on n'est pas certain de l'absence de brides, d'adhérences, je donne la préférence à la réduction lente avec un ballon progressivement rempli d'air ou d'eau appliqué dans le vagin ou le rectum. Ce moyen n'est pas nouveau dans l'histoire des déplacements utérins, il remonte à Albucasis, qui se servait d'une vessie de brebis insufflée à titre d'agent contentif.

La contention consiste à maintenir l'organe replacé.

Depuis que M. Marion Sims nous l'a fait connaître en 1866, nous employons l'anneau d'Hodge qu'on peut faire en caoutchouc ou en métal. Il a pour action de tendre la paroi vaginale postérieure qui, s'insérant sur la face postérieure du col, le maintient en arrière et oblige ainsi le fond par un mouvement de bascule à se porter en avant.

Voici la figure de cet anneau d'Hodge et celle de l'instrument imaginé pour son introduction. Pour moi j'ai l'habitude de placer l'anneau avec la main pour être plus sûr d'engager la branche postérieure derrière le col. Je dois à l'obligeance de M. Mathieu la communication du cliché de ces deux figures.

Cet anneau représente une sorte de



parallélogramme incurvé en *S* italique, une espèce de boucle, un véritable cadre dont le diamètre autéro-postérieur doit représenter exactement la distance qui sépare le pubis du cul-de-sac postérieur du vagin tendu, et le diamètre transverse doit être un peu moins étendu que la largeur transversale de la paroi vaginale. A l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur, les deux branches autéro-postérieures sont incurvées de manière à pouvoir engager la branche transversale postérieure dans le-cul-de sac postérieur, derrière le col, tandis que la branche transversale antérieure s'applique sur la face postérieure du pubis. Les branches transversales sont unies aux longitudinales par des angles adoucis en courbes. Le calibre de ces branches est à peu près celui d'une grosse plume d'oie.

Le premier anneau que j'emploie d'abord est un anneau formé d'un fil métallique revêtu d'un tube en caoutchouc. Ce fil doit être assez ductible pour obéir à la pression des doigts qui, avant son introduction, lui impriment la forme appropriée, et assez résistant pour ne pas se déformer sous le poids de l'utérus.

La femme étant placée comme je viens de le dire, la main de l'aide pressant sur l'hypogastre, on retire la pince appliquée sur le col, et après avoir enduit l'anneau de glycérine pour faciliter sa progression, on l'introduit dans le vagin en faisant pénétrer d'abord son tiers postérieur incurvé qu'on pousse jusque sur la face antérieure du col. En ce moment l'indicateur de la main droite est introduit dans le vagin en dessous de l'anneau encore saillant à l'extérieur; ce doigt est porté sur la branche transversale postérieure qu'il déprime d'abord pour la faire passer au-dessous du col utérin et qu'il pousse ensuite en arrière du col, dans le cul de sac postérieur. Alors l'anneau est pour ainsi dire avalé par le vagin. L'indicateur n'a plus qu'à porter directement en haut la branche transversale antérieure qui vient s'arc-bouter contre la face postérieure du pubis.

Ce moyen contentif appliqué, on fait lever la femme et on la fait marcher. On lui fait porter le corps en arrière; on lui fait fléchir le corps en avant; on la fait incliner sur le côté droit, incliner sur le côté gauche; on la fait s'accroupir; on lui fait monter et descendre un ou deux étages afin de s'assurer que l'anneau ne la blesse en aucun point. On pratique le toucher debout pour se rendre compte de l'exactitude de la contention, ce qui sera établi par l'impossibilité d'atteindre avec le doigt la face postérieure du col et du corps de l'utérus.

Si toutes ces épreuves donnent un résultat favorable, on peut laisser la femme sortir en l'engageant à regagner sa demeure à pied, et à revenir le lendemain pour rendre compte de ses sensations, et se soumettre à un examen dans le but de vérifier si l'organe se maintient en situation normale.

Si au contraire la malade éprouve de la douleur, et même seulement de la gêne, après les divers exercices qui doivent suivre l'application de l'anneau, il faut chercher à se rendre compte des modifications à imprimer à l'anneau; il faut l'enlever et remettre à quelques jours une nonvelle manœuvre de réduction et de contention.

Lorsque, après deux ou trois époques menstruelles, on a acquis la certitude que le moyen contentif maintient exactement la réduction, il faut le retirer pour l'envoyer au fabricant qui, sur ce patron, construira un anneau à forme fixe en métal difficilement altérable par les sécrétions vaginales, tels que l'aluminium, le platine, l'argent, l'or. Provisoirement, on placera un autre anneau en caoutchouc ou en plomb, qu'on aura modelé soi-même sur la forme du patron. Une fois l'anneau définitif obtenu, il sera substitué à l'anneau provisoire. La malade sera soumise aux mêmes épreuves que lors de l'application de ce dernier; puis elle pourra rester de trois à six mois, si elle ne souffre pas, sans nouvel examen. Il est utile de retirer tous les trois ou six mois l'anneau pour examiner l'état des parois vaginales aux points de contact de l'appareil contentif. Les points de contact où s'exerce le plus fortement la pression sont ceux que touchent les deux branches transversales; ce qu'explique le mécanisme de la contention.

La branche transversale antérieure, s'applique sur la face postérieure du pubis et constitue en réalité le point le plus fixe, le véritable centre de mouvement de l'anneau. Les deux branches latérales ont pour unique but de porter dans le cul-de-sac postérieur la branche transversale postérieure assez en arrière, pour qu'elle tende la paroi postérieure du vagin. Cette paroi postérieure du vagin, à l'union de ses quatre cinquièmes antérieurs avec son cinquième postérieur, se réfléchit sur la branche transversale postérieure de l'anneau, à la manière d'une corde sur une poulie. La tension du cinquième postérieur de cette paroi, insérée sur la demi circonférence postérieure du col, a pour effet de maintenir en arrière le col utérin, et par conséquent d'assurer par un mouvement de bascule l'inclinaison en avant du fond de l'utérus.

Sans être touchée par l'appareil contentif, la matrice est par ce mécanisme, suspendue avec son col placé dans l'aire du cadre représenté par l'anneau, conservant la mobilité dont elle jouit à l'état normal, sans perdre la direction exacte de l'état hygidé.

La fixité de la branche transversale antérieure de l'anneau derrière le pubis, n'est que relative car, suivant l'ingénieuse remarque de Robert Barnes, à chaque inspiration l'abaissement du diaphragme pousse en bas les organes abdominaux qui pressent sur la paroi vaginale antérieure; laquelle déprime la branche transversale antérieure de l'anneau; celle-ci étant abaissée, la branche transversale postérieure, par un mouvement de bascule est élevée, et son élévation a pour effet de tendre davantage la partie réfléchie de la paroi postérieure du vagin. Dans la station debout, dans la marche, ce résultat est encore plus accentué. Aussi, avec ce moyen admirable de contention, le repos horizontal n'est plus nécessaire; un exercice modéré est au contraire favorable au traitement.

J'ajouterai que le centre de gravité d'une pyramide est sur la ligne qui joint son sommet au centre de sa base, et qu'il est situé aux trois quarts de cette ligne à partir du sommet; que l'utérus est une véritable pyramide renversée, et que dans la station verticale et dans la marche, une fois qu'il est maintenu réduit, son centre de gravité tombant en avant de la verticale, la pesanteur le sollicite dans cette direction antérieure et lutte sans trève contre la reproduction de la rétroversion.

(*A suivre.*) Dr BERRUT.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Sur la température du sang transfusé. — Caselli, Dallera et presque toute l'école italienne ont prétendu que le sang refroidi ne peut être injecté dans les veines d'un animal sans exercer une influence fâcheuse sur les mouvements du cœur, sans déterminer la syncope.

En refroidissant le sang, dit Morselli, ne lui enlevons-nous pas un caractère physique important qui est celui de sa température? Et n'injectons-nous pas dans le système circulatoire un liquide froid que nous savons, par les recherches de la physiologie, moins apte qu'un liquide ayant une température à peu près égale à celle de l'animal ou de l'homme?

» Pour faire une bonne transfusion, il est nécessaire de laisser au sang ses qualités chimiques et physiques. Nous nous sommes opposés à la défibrination, nous nous opposerons au refroidissement du sang. »

Heureusement, l'observation et la clinique répondent victorieusement à cette théorie. Et d'abord, on n'a jamais observé dans le sang refroidi aucune de ces altérations microscopiques que l'on remarque dans le sang chauffé. En outre, Nicolas Duranty, qui a toujours opéré avec du sang artériel, en injectant du sang, à la température de 8°, 9°, dans les vaisseaux d'animaux rendus exsangues par de fortes hémorrhagies, est arrivé à des résultats qui lui ont permis de conclure qu'il est inutile que le sang ait la même température que celle du corps. Plus tard, le Dr Oré, qui a voulu se placer sur le terrain pratique, en employant du sang veineux, est arrivé au même résultat après avoir expérimenté sur des chiens.

La clinique elle-même vient parfaite-

ment confirmer ces faits. Ainsi plus de soixante fois, la transfusion a été utilisée dans des cas d'anémie, et jamais les opérateurs ne se sont inquiétés de la température du sang. L'année dernière n'avons-nous pas constaté un fait semblable sur un malade de l'hôpital Saint-André ?

Jean Simon entrait à l'hôpital à la suite d'un affaiblissement général, d'une atrophie musculaire qui le forçait à garder habituellement le lit. Pâleur livide de la peau et des muqueuses, troubles digestifs fréquents, affaiblissement considérable des battements du cœur, céphalalgie accompagnée de vertiges, tintements d'oreilles, pertes momentanées de l'intelligence, tel était son état au moment de son arrivée dans le service du professeur Gintrac. L'emploi des toniques et des reconstituants administrés sous toutes les formes, ne produisirent aucune amélioration. Bien au contraire, le malade dépérissait chaque jour. C'est alors que MM. Gintrac et Oré décidèrent la transfusion. On la fit trois fois avec du sang humain, une quatrième avec du sang d'agneau. A la suite de ces diverses opérations, on constata d'abord une notable amélioration, puis la guérison définitive.

Voilà, certes, un légitime et beau succès où l'opérateur ne s'est pas inquiété de la température du sang injecté. Nous pourrions citer encore des faits semblables ; mais ce serait entreprendre une liste plus fastidieuse qu'instructive. Nous devons noter qu'un frisson, quelquefois intense, a toujours accompagné les expériences où le sang injecté avait une température moindre que celle du corps. Mais ce n'était là qu'un frisson physiologique, qui arrive nécessairement à la suite de la transfusion.

De ces quelques réflexions, et en nous plaçant derrière les autorités que nous avons consultées, nous croyons pouvoir conclure ;

1° Le froid retarde la coagulation ;

2° Le sang injecté peut avoir une température moindre que la température normale du corps.

(*Gazette médicale* de Bordeaux.)

Recherches dans la médecine indoue sur la découverte du vaccin, par le Dr Huillet. — Chargé du service médical et civil de Pondichéry, M. Huillet a profité de son séjour dans cette colonie pour vérifier si en réalité la vaccine était pratiquée dans l'Inde à une époque très-reculée. Dans les livres indous il est fait non-seulement mention de la variole, mais encore de l'inoculation du cow-pox. Dans un livre attribué au père de la médecine indoue, Dhanwantari, antérieur à Hippocrate de plusieurs milliers d'années, on trouve les règles qui doivent diriger dans la pratique de l'inoculation.

Voici la traduction de tout le texte : « Prenez le fluide de la petite vérole sur le pis d'une vache, ou sur le bras d'un être humain, entre l'épaule et le coude, avec l'extrémité d'une lancette et piquez le bras entre l'épaule et le coude jusqu'à ce que le sang apparaisse ; alors mêlez le fluide avec le sang et la fièvre de la petite vérole se montrera. La maladie produite par le fluide pris sur le pis d'une vache sera de la même nature que la petite vérole, mais avec la différence qu'elle n'inspire aucune crainte et ne réclame aucun médicament ; on peut prescrire la diète pour complaire au patient qui peut être inoculé, une, deux, trois, quatre, cinq ou six fois. Lorsque le bouton est à point, il est d'une bonne couleur, rempli d'un liquide clair et entouré d'un cercle rouge ; alors vous n'avez plus à craindre la petite vérole, aussi longtemps que vous vivrez. Lorsqu'on est inoculé avec le fluide du pis de la vache, quelquefois on a une légère fièvre pendant un, deux ou trois jours et avec la fièvre, quelques frissons ; en même temps, on voit une petite enflure aux bras, aux aisselles et les autres symptômes de la variole, mais beaucoup plus mitigés ; il n'y a

aucun danger, tout disparaîtra en trois jours. »

De l'Inde la connaissance de l'inoculation de la vaccine avait passé dans d'autres pays. Ainsi William Bruce, consul à Bushire, écrivait à M. W. Erskine, de Bombay (*Annales de chimie et de physique*, t. x, mars 1819) que la vaccine était pratiquée depuis très-longtemps en Perse. M. de Humboldt, dans son Essai politique sur le royaume de la Nouvelle-Espagne, prouve que depuis nombre d'années les habitants de la Cordilière des Andes avaient remarqué l'effet préservatif du vaccin.

L'Angleterre, qui par sa Compagnie des Indes était en relations suivies avec ce pays depuis une époque déjà fort ancienne, avait-elle connaissance de ces renseignements? La chose semble probable et cependant tout porte à penser que Jenner les ignorait. En effet, après de nombreux tâtonnements, il ne croyait pas qu'il fût possible de propager la vaccine par des inoculations successives comme on propage la petite vérole; il se bornait à inoculer le cow-pox recueilli sur le pis des vaches; ce n'est que plus tard qu'il se décida à inoculer le cow-pox de bras à bras; d'abord il ne fit qu'une seule piqûre, craignant une réaction trop vive; et ensuite rassuré par l'innocuité de l'opération, il en fit plusieurs et sur un grand nombre de sujets. Or, si Jenner avait été au courant de ce qui se pratiquait dans l'Inde, il n'eût pas agi avec une pareille timidité et eût mis un temps moins considérable pour publier les résultats de ses expériences. On sait que c'est en 1755 qu'il fut chargé d'inoculer la variole dans les campagne de Berkeley, et que ce n'est qu'en 1798 qu'il fit paraître ses recherches sur les causes et les effets de la vaccine. (*Nice Médical.*)

Injection sous-cutanée de morphine et d'atropine, par le Dr Lagoda, médecin du Marienhospital de Saint-Pétersbourg.

L'auteur, dans deux cas de sciatique bien confirmés, a eu l'idée d'employer l'injection sous-cutanée de morphine et d'atropine. Ces deux observations sont remarquables, parce que antérieurement on avait déjà employé la morphine, mais sans retirer le moindre succès; au contraire, il survenait même des complications après chaque injection, c'est ce qui nous a déterminé à adopter l'injection simultanée des deux substances.

La première observation s'applique à une malade qui, par suite d'ataxie, souffrait d'une névralgie sciatique. Les accès se manifestèrent périodiquement; on eut d'abord recours aux injections sous-cutanées de morphine à la dose de 1 centigramme par jour. Mais on n'obtint pas le moindre résultat; les douleurs ne faisaient qu'augmenter et provoquaient même des vomissements, de la céphalalgie et de l'anorexie.

Les mêmes symptômes se manifestèrent par l'usage interne du médicament. D'autres narcotiques donnèrent des résultats tout à fait insuffisants. Enfin on passa à la codéine; sous l'influence de ce médicament, les douleurs se calmèrent un peu, mais la céphalalgie résista. Le chlorhydrate de morphine, employé à la dose de 2 centigrammes 1/2, procura un sommeil de 5 heures; au réveil, la malade se plaignit d'avoir mal à la tête; elle se sentit faible, abattue, au point que le lendemain elle fut obligée de garder le lit.

L'administration du chloral ne détermina qu'un sommeil de quelques heures; c'est alors que l'auteur prit la résolution d'employer, pour la première fois, l'injection combinée de 5 milligrammes de morphine avec 1 milligramme d'atropine. Sous l'influence de cette modification, il se manifeste un sommeil calme et paisible. Au réveil, pas de nausées, cessation complète des douleurs. La malade est à même de vaquer à ses affaires. L'appétit se maintient. Mais comme les douleurs reviennent tous les huit jours, on continue les injections, et les douleurs cessent im-

médiatement. En injectant l'atropine seule on n'obtient pas le même effet.

(*Mouvement médical.*)

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'acide salicylique. — Nous continuons d'enregistrer tous les faits qui ont trait à l'histoire thérapeutique de l'acide salicylique, bien que les médecins français n'aient pas été à même jusqu'ici de vérifier les assertions sans doute exagérées des Allemands et des Anglais sur l'action dite héroïque de ce médicament, dans le rhumatisme articulaire aigu.

Le docteur Stricker, assistant de clinique, conclut ce qui suit de ces observations :

1° L'acide salicylique paraît être un remède rapide et radical dans les cas récents de rhumatisme articulaire aigu;

2° On peut administrer toutes les heures la dose de 0 gr. 50 à 1 gr., sans aucun inconvénient pour l'organisme humain;

3° Donné de cette façon, il est toléré plus longtemps par les sujets jeunes et vigoureux que par ceux qui sont âgés et faibles;

4° Chez ces derniers, les phénomènes toxiques apparaissent plus tôt que chez les premiers;

5° Les effets physiologiques varient d'intensité;

6° Les plus communs sont les bourdonnements d'oreille, la difficulté d'entendre, la sudation. Quand apparaissent ces troubles, l'usage du médicament est contre-indiqué;

7° Quand l'action thérapeutique se manifeste, sous l'influence des prises répétées d'acide salicylique, le rhumatisme n'envahit pas les jointures saines, et l'on ne constate pas d'inflammation de l'endocarde ou des autres membranes séreuses;

8° Pour empêcher les récidives, il est nécessaire de continuer l'usage de l'acide salicylique à petites doses, quelques jours après que le traitement principal a cessé;

9° L'acide salicylique est d'une utilité douteuse dans le rhumatisme articulaire chronique;

10° Egalement il ne paraît pas devoir être utile dans le rhumatisme blennorrhagique et dysentérique (*sic*), ou dans l'inflammation septicémique des jointures. (*British med. Journ.*)

Atrésie du méat utérin. — Eponge préparée. — Mort. — Le fait suivant, communiqué à la Société obstétricale de Philadelphie, tendrait à faire voir que la dilatation artificielle de l'orifice cervical de l'utérus ne serait pas une opération exempte de danger.

Des accidents, des cas de mort même, semblent être assez souvent la suite de cette pratique en Amérique. Bien qu'il ne paraisse pas en être ainsi en France, nous ne croyons pas moins convenable d'enregistrer le fait en question, par cela seul que ce résultat malheureux est, pour tous, une salutaire invitation à la prudence.

— Une femme mariée depuis huit ans, étant restée stérile, le Dr Willard crut devoir l'attribuer à l'étroitesse du col utérin. Un premier tampon d'éponge préparée y fut introduit, puis un plus volumineux, qui permit l'admission du petit doigt; mais des douleurs névralgiques s'ensuivirent et un troisième tampon plus petit remplaça le second. Bientôt le ventre devint douloureux, tendu, avec fièvre, et la femme succomba le neuvième jour.

L'autopsie montra une exsudation séreuse dans la cavité abdominale avec fausses membranes sur le péritoine. Un abcès, contenant 45 grammes de pus, fut rencontré à gauche de l'utérus.

Des injections intra-vésicales sans cathétérisme. — Depuis plus de dix ans, M. Duchaussoy fait des injections intra-vésicales sans cathétérisme. Il emploie pour cela une poire de caoutchouc munie d'un em-

bout d'ivoire. L'opération est fort simple. Les trois premiers doigts d'une main appliquent les lèvres du méat contre la canule qu'on y a introduite; l'autre main saisit la poire, et, après avoir doucement pressé pour remplir la cavité de l'urèthre, pousse vivement, de façon à forcer la résistance du sphincter et à lancer le reste du liquide dans la vessie. Le malade apprend aisément à faire cela lui-même. Si la quantité de liquide ainsi injecté n'est pas suffisante, on peut recommencer. Seulement, comme ce liquide est gardé, l'opération devient à chaque fois un peu moins aisée.

Ce procédé permet d'éviter les orchites auxquelles donne souvent lieu le cathétérisme lorsque la prostate est irritée. Il rend de grands services dans le cas de catarrhe vésical, ou de fréquents lavages sont indiqués. Il est aussi fort utile aux malades sujets à un ténesme douloureux à la fin de la miction. En injectant de l'eau dans la vessie avant que ce ténesme se soit produit on réussit à le prévenir; mais s'il existe déjà, il est trop tard, car alors le liquide ne peut plus passer.

(*Abeille méd.*).

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Diarrhées rebelles.

Oxyde de zinc	3 gr. 50 cent.
Bicarbonate de soude	0 — 50 cent.

Mêlez et divisez en 4 paquets. A prendre dans la journée un paquet toutes les trois heures, et continuer les jours suivants.

En 5 ou 6 jours les diarrhées les plus rebelles sont arrêtées par ce traitement. (Dr Bonamy, de Nantes).

Traitement des Névralgies par les injections hypodermiques d'acide phénique.

Le Dr Merten (de Newedell) rapporte quatre observations de névralgies guéries par une ou deux injections d'acide phénique. Voici sa formule :

Eau distillée.	100 parties.
Acide phénique.	1 à 2 —

La douleur est très vive d'abord et il y a de la rougeur et de la tuméfaction autour de la piqûre. Ces symptômes disparaissent au bout de une heure ou deux.

Pommade antiseptique.

Acide salicylique.	2 à 4 gr.
Cire blanche.	4 gr.
Paraffine.	8 —
Huile d'amandes douces.	16 —

Faites fondre et mêlez intimement dans un mortier chauffé.

On étend cette pommade, sur des bandes de toile fine, pour le pansement des plaies qui dégagent une mauvaise odeur. (*Union médic.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les Eaux de Royat

Dans le traitement de la goutte, du rhumatisme et de la diathèse arthritique.

Par le Dr Petit.

La brochure que M. le Dr Petit vient de consacrer à l'étude des *Eaux minérales de Royat* est souverainement attachante; nous allons nous efforcer d'en faire ressortir les points les plus saillants.

Ainsi que celles de La Bourboule, les eaux de Royat étaient connues des Romains, qui les avaient distinguées entre toutes celles qu'ils fréquentaient dans les Gaules. Par une destinée commune, les deux stations, négligées pendant des siècles, sont revenues en vogue dans ces dernières années. Chez l'une et chez l'autre, des causes d'un même ordre ont produit un résultat identique.

De même qu'à la Bourboule, où un habile ingénieur, M. Perrière, a foré un puits dont le rendement a assuré la fortune de la station; ainsi, à Royat, la découverte de la Grande-Source, qui fournit par jour près de quinze cent mille litres d'eau, a beaucoup contribué au succès sans cesse croissant de cet établissement thermal.

Une autre particularité, d'un ordre non moins capital, est venue décider de la fortune des eaux de Royat.

Chacun connaît les vertus dissolvantes des alcalins, et leurs excellents effets dans le traitement de la diathèse urique. Or, entre tous les médicaments de cette catégorie, il a été établi, de la façon la plus péremptoire, que les sels de lithine sont à la fois les diurétiques les plus actifs et les alcalisants les plus énergiques.

Isolée pour la première fois par Berzélius, dans les eaux de Carslbad, la lithine fut signalée plus tard successivement dans celles de Kissingen, d'Ems, de Kreuznach, de Marienbad, de Wiesbaden, de Franzanbad, de Klausen, de Pyremont, de Petesthal et de Baden-Baden. Jusque dans ces derniers temps, Martigny-les-Bains, Contrexeville, Vichy et Vals, passaient pour les seules eaux françaises qui en renfermassent, mais en des proportions minimes. Ce ne fut qu'en 1874 que, par l'application du spectroscope, M. Truchot découvrit la lithine dans les terres de la Limagne, et dans les eaux minérales d'Auvergne.

Voici les doses de lithine relevées, dans ces mêmes eaux, par M. Truchot. La grande source, à Royat, en contient 0,035 par litre; Châtel-Guyon, 0,028; Saint-Nectaire, 0,022; la Bourboule, 0,018; le Mont-Dore, 0,008.

Ainsi que l'ont fait observer MM. Gubler et Labat, c'est donc en Auvergne que se trouvent les eaux analogues à celles de l'Allemagne. L'infériorité des stations françaises n'a tenu, jusque dans ces derniers temps, qu'à une seule cause : l'insuffisance de leur installation.

Aujourd'hui, ce *desideratum* n'existe plus. Depuis qu'un louable sentiment de patriotisme a fait déserter les villes d'eaux allemandes par nos malades, les thermes français n'ont plus rien à envier à l'étranger, non-seulement au point de vue des vertus curatives, mais aussi à celui du confort, cette condition si particulièrement chère à la *high life*.

Après avoir établi, de la façon la plus décisive, par des considérations empruntées au domaine de la chimie et de la physiologie, la puissance curative des eaux de Royat, appliquées à la thérapeutique de l'arthritisme, M. Petit consacre un très-intéressant chapitre au traitement prophylactique et au régime des goutteux. Limité par l'espace, nous nous bornerons à en détacher quelques idées.

Par un contraste assez bizarre, au premier coup d'œil, la goutte est l'attribut de deux catégories d'individus de mœurs et de façon de vivre foncièrement dissemblables : les grands viveurs et les grands penseurs ! Pour ce qui est des premiers, l'explication est facile. Ils absorbent beaucoup, et, chez eux, la déperdition n'est plus en rapport avec les besoins de l'assimilation. Ces natures exubérantes deviennent une proie facile pour la diathèse urique.

Il ne paraît pas, de prime abord, aussi facile de se rendre compte de la production de l'arthritisme chez les hommes de génie, chez les natures d'élite, qui se livrent avec passion aux travaux de l'intelligence. Les savants, cependant, ne sont guère plus que les bons convives, exempts de payer à la podagre un douloureux impôt. On peut, en effet, citer parmi ses victimes : Horace, Leibnitz, Franklin, Pitt, Kant, Milton ; surtout un grand nombre de médecins : Harvey, Sydenham, Hoffmann, Morgagni, Small, Darwin, Hunter, Everard Home, etc.

On ne peut, certes, invoquer, chez tous ces grands hommes, l'influence des excès. Il faut plutôt, en de telles conditions, mettre l'arthritisme sur le compte de la vie sédentaire, de l'irrégularité des repas, des dyspepsies résultant de ces dernières causes, d'une assimilation imparfaite et d'un défaut d'équilibre, d'où résulte la formation et la rétention dans le sang d'un excès d'acide urique.

La prophylaxie des savants est aussi facile à établir que difficile à mettre en pratique. En conséquence, passons.

Celle des viveurs mérite de nous arrêter un instant.

La diathèse urique, résultant, chez eux, d'une richesse en excès des éléments plastiques, rien de plus aisé que de donner une formule salutaire à quiconque consent à se l'appliquer dans toute sa rigueur. Cette formule est aussi simple que nette et sûre dans ses effets. Elle consiste uniquement à mettre les goutteux au régime des chartreux, des trappistes et... des prisonniers. Chacun sait cela, il n'est tel que le régime cénobitique, volontaire ou forcé, pour mettre l'arthritis en déroute. Le tout, c'est d'avoir assez de force de volonté pour s'y astreindre, quand on n'y est pas contraint!

Pour quiconque n'est pas disposé à se soumettre au *cura famis*, pour ceux auxquels leur position ne permet pas d'entreprendre un déplacement onéreux, nous pouvons leur conseiller un moyen thérapeutique efficace. Ce moyen consiste dans l'emploi des eaux de Royat transportée.

Mais, quand faire se peut, rien ne saurait remplacer une saison à la station d'eau réputée la plus riche en lithine.

Rien de plus complexe, en effet, que le *modus agendi* d'une cure thermale. Il faut tenir compte à la fois : du déplacement, du changement d'air, du régime, de la distraction, de l'absence de toutes les préoccupations habituelles, de l'action, enfin, des eaux *vivantes* prises à la source avec des vertus spéciales, qui échappent à l'analyse, et que la science la plus profonde du laboratoire ne saurait jamais reconstituer dynamiquement.

Il est, du reste, un fait d'observation; c'est que, par le seul bénéfice du déplacement, on obtient souvent des guérisons aussi promptes qu'inespérées de malades ayant épuisé toutes les ressources thérapeutiques. « C'est, disait le Dr Baud, que l'eau thermale se fait espérer avec les impatientes émotions de la terre promise, et n'est abordée qu'avec les ardeurs du zèle, au milieu d'une communicative confiance, et de l'expansive gaieté d'une société d'élite, qui sait compatir à des maux qu'elle a éprouvés, ou qu'elle éprouve elle-même. »

Nous craignons d'être resté bien au-dessous de notre tâche, dans cette rapide analyse de l'intéressant mémoire de M. Petit. Pour rendre toute notre pensée, nous estimons que Royat doit se féliciter d'avoir rencontré un aussi éloquent panégyriste. Nous souhaitons tout le succès qu'il mérite à cet ouvrage, qui, écrit dans le meilleur esprit, est bien propre à contribuer au succès d'une station appelée bientôt à tenir le premier rang dans la thérapeutique de l'arthritisme. B.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, directeur M. A. Dechambre, membre de l'Académie de médecine, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins, de chirurgiens des hôpitaux civils, militaires et de la marine. Première série, tome XXe, 1re partie, CON-COQ; quatrième série, F-K, tome Ier, 1re partie, FAA-FEC; troisième série, tome V, 1re partie, RHU-ROU; 2e partie, ROU-RYT, avec figures dans le texte (1).

Il y a quatre mois à peine, dans le n° du 15 février 1877, nous rendions compte de huit demi-volumes parus dans le courant de l'année 1876. A quelques semaines de là, il en est paru quatre nouveaux. L'éditeur a décidément pris le train de grande vitesse, et son œuvre avancera avec une rapidité inconnue jusqu'à ce jour. La raison en est qu'aux trois séries qui marchaient de front, il en a ajouté une quatrième qui commence par la lettre F. Grâce à ce mode de procéder, la publication ne court pas le risque d'être tout à coup arrêtée par un auteur absent ou malade. La distribution des articles est faite depuis

(1) A Paris, chez P. Asselin, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix du demi-volume : 6 francs.

plus de six mois, jusqu'à la fin de la lettre D, pour la série A-E; jusqu'à la fin de la lettre G, pour la série F-K; jusqu'à la fin de la lettre O, pour la série L-P; jusqu'à la fin de la lettre S, pour la série Q-Z. Il ne reste donc plus à mettre sur le chantier que les lettres E, H, I, J, K, P, T, U, V, X, Y, Z. Ces douze lettres ne contiennent que la matière de quatre ou cinq lettres de valeur moyenne. Quand le travail rentrant dans la dernière distribution sera assez avancé pour en rendre une autre opportune, celle-ci pourra comprendre, pense M. Dechambre, la fin des articles du Dictionnaire. « Embarqués dans une des plus grandes entreprises de la science moderne, nous ne toucherons pas encore la terre, mais nous la verrons. »

Il nous reste à signaler ce qu'on pourrait appeler la caractéristique de ce Dictionnaire.

Dans les œuvres antérieures de la nature de celle-ci, et qu'on intitulait, communément Dictionnaire de médecine, souvent avec la qualité de pratique, on faisait aux sciences, alors dites accessoires, la part tout juste que leur nom semblait réclamer. C'est ce qu'a d'ailleurs fait une publication rivale. Le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, n'admet pas de sciences accessoires, c'est-à-dire des sciences dont le médecin devra se contenter de posséder les éléments. Ce Dictionnaire a voulu, au contraire, réunir entre les mains du médecin, par un large exposé des diverses parties de la science, botanique, physique, chimie, géographie médicale, anatomie, histologie, etc., tout cet ensemble de matériaux que remue, que modifie incessamment l'effort de la génération moderne, et dans lequel s'opèrent précisément ces échanges et ces fusions qui tendent à rattacher la médecine aux sciences exactes.

On lit dans les œuvres de Juncker, célèbre médecin vitaliste du siècle dernier. *Chemiæ usus in medicina fere nullus.* L'usage de la chimie est presque nul en médecine, et c'était vrai de son temps, parceque les connaissances que l'on avait alors en chimie étaient très bornées, très-élémentaires, et qu'il en était de même de la physiologie, de la pathologie, et de la matière médicale du même siècle. Il en est tout autrement aujourd'hui. « Il serait banal de répéter, dit M. Dechambre, qu'il n'y a plus moyen de rien comprendre, ni à la constitution de l'organisme, ni aux grandes fonctions physiologiques, digestion, nutrition, respiration, sanguification; ni à nombre d'états pathologiques, anémie, albuminurie, urémie, diabète, etc.; ni à certains problèmes de thérapeutique; ni même à l'hygiène sans le secours de la chimie, d'une chimie avancée, qui donne à la fois le fait et la théorie..... Considérons seulement l'emploi médical des substances, leur action sur l'économie. Comment ne pas être frappé du développement rapide de la matière médicale, de l'hygiène industrielle et de la toxicologie? Et que de substances aujourd'hui usitées, célèbres même, rejetées naguère des dictionnaires ou d'autres livres classiques, comme indifférentes aux médecins! Pendant combien de temps a-t-on passé sous silence le chloroforme, découvert en 1831 par Soubeiran; le chloral, trouvé un an plus tard par Liebig?..... Qui, d'entre nous, se souciait, il y a peu de temps encore, du cadmium ou du nickel, dont les sels astringents le diputent maintenant aux sels de zinc; du lithium qui fournit le meilleur remède de la gravelle; de la silice à laquelle les chirurgiens ont emprunté un si précieux mode de pansement; du brome qui entre dans l'organisme comme l'iode, avec les aliments, et dont certaines préparations tiennent le premier rang parmi les sédatifs, etc.?... Ce qui vient d'être dit des minéraux pourrait être appliqué à la botanique. Il est très-peu de plantes, en effet, qui, en quelque partie du monde n'aient reçu quelque emploi médical ou susceptible d'intéresser la médecine. Il en arrive chaque jour en France, en Angleterre, en Al-

lemagne, qui sont aussitôt livrées à l'expérimentation et tombent dans le domaine commun; la coca, le jaborandi, l'eucalyptus, etc. »

Par ces motifs, le directeur de cette œuvre a pensé qu'il y avait lieu de prendre à la lettre le titre d'*Encyclopédique*, dont le Dictionnaire est revêtu, et de ne pas se contenter de glaner çà et là dans le domaine des sciences médicales pour y recueillir ce qui pouvait lui paraître d'utilité immédiate, mais bien d'en faire la moisson, et même de la faire à peu près complète.

Les sciences accessoires font donc aujourd'hui, à un certain degré, partie intégrante de la science médicale pure, par les lumières indispensables qu'elles lui apportent. Mais comme toute cette vaste encyclopédie ne peut être acquise sur les bancs de l'école, ou retenue dans la mémoire, il faut une œuvre qui offre ce complément des études ou ce *memento* des choses apprises. Or, comme cette œuvre restera toujours forcément incomplète, à cause des progrès incessants de la science, M. Dechambre exprime le vœu que, quand son œuvre sera achevée, il soit alors fondé un Dictionnaire complémentaire annuel du Dictionnaire encyclopédique. « Ce serait, dit-il, le moyen assuré de maintenir à un niveau, pour ainsi dire invariable, la valeur d'un ouvrage qui ne sera pas aisément susceptible de réédition. » Nous nous associons bien volontiers à ce vœu si légitime.

Dr H. C.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1877.

Présidence de M. Bouley.

M. Gavarret présente, au nom de M. Trouvé, un *nouvel appareil d'induction* destiné à la pratique médicale. L'avantage que réalise cet appareil, est d'être très-portatif et d'un prix réellement peu élevé.

Corps étrangers des voies aériennes.— M. Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin, lit une note sur un cas de corps étranger de la trachée, pour lequel il a pratiqué la trachéotomie avec le bistouri.

Le corps étranger était une poire de boucle d'oreilles en verre fondu. Il s'agissait d'un enfant de 5 ans 1/2, qui avait aspiré cet objet.

M. Desprès appelle l'attention de l'Académie sur les signes des corps étrangers des voies aériennes.

Les *accès* ne sont pas de l'asphyxie simple, ils ont un cachet spécial ; c'est un accès d'asthme avec une toux spéciale : les inspirations sont sifflantes, hésitantes ; les expirations sont coupées, et il y a des coups de toux qui ont le son que produit une soupape appliquée sur l'orifice qu'elle doit boucher. C'est le corps étranger qui vient frapper la glotte. Le bruit de *drapeau* ou de *soupape* existe donc seulement pendant les accès ; il est très-appréciable pendant la toux ; on le cherche en vain en dehors des accès. »

M. Jules Lefort, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur les demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

M. Briquet, au nom de la commission des épidémies, continue la lecture de son rapport annuel.

Séance du 12 juin 1877.

Présidence de M. Bouley.

Fièvre typhoïde. — (Suite de la discussion.) M. Guéneau de Mussy lit

un discours divisé en deux parties. Dans la première, il répond aux attaques dirigées par M. Jaccoud contre son travail sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. M. Guéneau de Mussy se défend d'avoir attaqué M. Jaccoud. Il accuse, au contraire, son contradicteur de l'avoir attaqué sans le comprendre, et de l'avoir jugé sans prendre la peine de lire plus d'un cinquième de son travail. Si M. Jaccoud avait bien voulu continuer la lecture de son travail, il aurait vu que M. Guéneau de Mussy, loin de se faire l'avocat de l'origine fécale de la fièvre typhoïde, telle qu'il paraissait l'entendre, n'avait exposé cette théorie, d'après Murchison, que pour la combattre, il aurait vu également que les observations relatives à la transmission de la fièvre typhoïde par les matières excrémentitielles ne s'arrêtaient pas aux trente-cinq premières, qu'il y en avait d'autres, et des plus importantes, afférentes au même sujet, dans la suite du travail.

Dans la deuxième partie de son discours, M. Guéneau de Mussy passe en revue les divers arguments invoqués par M. Chauffard en faveur de la doctrine de la spontanéité vivante et contre la théorie de la spécificité. M. Chauffard a voulu prouver l'identité de la doctrine des principes spécifiques et de la théorie parasitaire. Mais il n'y a aucune analogie, aucun rapport entre le parasitisme proprement dit et la spécificité. Le premier n'est pas, à proprement parler, une maladie, c'est tout au plus un traumatisme. Les parasites ne pénètrent pas dans le cercle intime de l'organisme, ils agissent comme irritants, tandis que les maladies spécifiques sont, en quelque sorte, des maladies constitutionnelles passagères. Les agents spécifiques s'emparent de l'organisme, le dominent, imposent leur cachet sur tous ces actes.

Est-ce à dire que le principe spécifique ne puisse être de la matière organisée et vivante. Ce n'est pas impossible; mais M. Guéneau de Mussy ne l'a pas affirmé. Une seule substance organisée pourrait, il semble, tout aussi bien qu'un simple agent chimique, causer une incitation nocive, mettant en jeu toutes les activités de l'organisme pour produire un mode de vie anormal: Une de ces hypothèses ne répugnerait pas plus que l'autre à l'idée de la vie. M. Guéneau de Mussy, après un grand nombre de médecins, a répété que les principes spécifiques présentaient des analogies remarquables avec les graines et les ferments. Ces analogies sont évidentes. Pour les unes comme pour les autres, il faut un terrain favorable.

Il y a multiplication des virus au sein des organes vivants, comme se multiplient les ferments et les germes dans un milieu qui leur convient. Les agents spécifiques, comme les graines, sont modifiés par les conditions extérieures : il y a en quelque sorte des saisons pour les contages, c'est-à-dire des modalités qui favorisent leur évolution et concourent à la production des épidémies. Pourtant M. Guéneau de Mussy, en rapprochant ces phénomènes, n'a pas prétendu qu'ils fussent de même ordre. Loin de tomber dans cet excès, il a signalé, à plusieurs reprises, l'envahissement abusif du domaine de la pathologie par les micrococcus et par les bactéries. Et cependant, contrairement à M. Chauffard, il est loin de regretter l'influence exercée par M. Pasteur sur nos doctrines médicales.

M. Pasteur a, par exemple, excellemment découvert l'origine et le traitement de la maladie des vers à soie nommée *pebrine*. Il a montré que cette pebrine, si semblable à une maladie spécifique constitutionnelle par son évolution et sa transmission héréditaire, a sa cause dans des corpuscules qui s'implantent et se multiplient dans le ver à soie. Ne peut-on donc pas espérer qu'on découvrira de même l'agent producteur de maladies considérées actuellement comme spécifiques ou constitutionnelles? Récemment encore, au commencement du siècle, n'attribuait-on pas ces caractères à la gale,

type des maladies parasitaires? Ces circonstances, qui entraînent les esprits, comme l'a reconnu M. Chauffard, ne nous autorisent jusqu'ici à rien affirmer sur la nature et la genèse des principes spécifiques, mais elles autorisent encore bien moins les négations de M. Chauffard...

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.

Présidence de M. le Dr Domerc.

M. le secrétaire général, à propos du dépouillement de la correspondance, présente une brochure intitulée : *De la nécessité d'améliorer la situation des médecins des pauvres*, discours prononcé le 3 février 1875 au conseil communal de Bruxelles, par le Dr Hippolyte Delecasse, et il fait remarquer le grand intérêt que doit avoir ce travail pour les membres de la Société, puisque, à la suite des justes représentations de notre confrère, le traitement des médecins des bureaux de bienfaisance de Bruxelles a été élevée de la moyenne de 550 fr. à celle de 1,200 fr. par an.

MM. les docteurs Evariste Michel et Loudet sont nommés membres associés libres nationaux : MM. Bader, Chambard, Pillenet et de Saint-Paul sont nommés membres titulaires de la Société.

PRÉSENTATION.

Hernie inguinale d'un volume monstrueux.

M. le Dr Girault présente un malade affecté d'une hernie énorme, pour laquelle il porte un suspensoir depuis huit ou neuf ans. Sujet à des manifestations rhumatismales, il a été traité plusieurs fois par M. Girault, au moyen d'applications externes d'éther ou de collodion élastique. Sa hernie, ponctionnée deux fois, n'a jamais pu être réduite : elle comprend la presque totalité des intestins, et a une circonférence de 73 centimètres. Du pubis au périnée, on compte 53 centimètres. Le pénis se trouve comme perdu au milieu de la tumeur. A l'heure qu'il est, des adhésions nombreuses et fortes feraient obstacle aux tentatives possibles de réduction.

M. le Dr Fontès fait un court résumé du mémoire qu'il a lu dans la précédente séance, et qui a pour titre : *Des déviations utérines et des moyens d'y remédier, sans recourir aux instruments destinés à être introduits dans les cavités naturelles*. (Voir p. 294.)

M. le Dr Berrut ne saurait admettre sans discussion la théorie de M Fontès. Du reste, il est assez difficile parfois de distinguer l'antéversion de l'antéflexion normale causée par l'état de la repletion de la vessie. En outre, ajoute M. Berrut, je crois la rétrocession guérissable : il n'en est pas de même de l'antéversion et des flexions, qui, pour moi, sont au-dessus des ressources de l'art.

M. le Dr Fontés persiste à attribuer à la présence des anses intestinales dans le cul-de-sac vésico-utérin, la contention de l'utérus réduit. Mais il n'a pas prétendu, ainsi que l'a dit M. Berrut, toujours réduire toutes les déviations utérines. Il améliore souvent et pense guérir l'antéversion.

M. le Dr de Ranse est du même avis que M. Berrut. Il croit que l'instabilité des intestins est trop grande pour que ces organes, par leur seul poids, maintiennent réduite une antéversion.

M. le Dr Ernest Hardy lit un mémoire : *Sur la strophantine, nouveau poison du cœur* (ce travail sera publié ultérieurement).

M. le Dr E. Gibert communique à la Société le relevé suivant :

Statistique médicale des bureaux de bienfaisance (avril 1877).

La Société a reçu des tableaux : pour le 1er arrondissement (Dr Fontès), le 4e (Dr Moret), le 5e (Dr Domerc), le 6e (Drs Gaye et Monceau), le 7e (Dr Passant), le

10e (Dr Ed. Labarraque), le 12e (Drs Bonnefoy et Gibert), le 14e (Dr Ch. Pellarin), le 17e (Dr Lebeau), le 20e (Dr Chaillery).

Des documents qu'ils contiennent, on peut en conclure à l'existence d'une constitution médicale peu différente de celle signalée pour le mois de mars, et cette ressemblance était prévue par la persistance d'une même constitution atmosphérique : pluie, vent d'ouest, variations marquées de la température.

Les affections thoraciques : bronchite, pneumonie, ont prédominé; le rhumatisme sous les formes d'angine, arthrite, myosites, sciatiques; les fièvres éruptives; variole, varicelle, scarlatine et rougeole, celles-ci assez nombreuses précédées ou suivies de coqueluches; quelques cas d'entérite avec issue funeste chez de jeunes enfants soumis à une alimentation prématurée et mal choisie.

Le secrétaire annuel,
Dr Édouard LABARRAQUE.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Service de santé militaire. — Les épreuves du concours pour l'emploi du service de santé militaire auront lieu aux époques suivantes :

Paris, 23 août; — Lille, 31 août; — Nancy, 4 septembre; — Besançon, 8 septembre; — Lyon, 12 septembre; — Marseille, 16 septembre; — Montpellier, 19 septembre; — Toulouse, 23 septembre; — Bordeaux 27 septembre; — Rennes, 2 octobre.

Les candidats devront se faire inscrire à dater du 1er juillet, dans les bureaux de MM. les intendants militaires.

La liste sera close dans chaque ville, cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

***

Les journaux américains nous apprennent que miss Brona, une citoyenne du comté de Wayme-New-York, vient d'être nommée, au scrutin, par ses compatriotes, *curé* de l'église congréganiste de South-Butier. Les Américains ne doutent de rien. Après la femme-médecin, la femme-curé; attendons-nous à voir la femme-soldat. C'est décidément un grand champ d'observation que l'Amérique..... (*La Quinzaine.*)

***

La guerre et le sulfate de quinine. — Autrefois quand la guerre éclatait, elle n'était considérée comme un fléau que par les nations belligérantes. Les autres peuples s'en souciaient comme du Grand-Turc. De nos jours, la famille humaine est atteinte par les luttes même les plus éloignées, et comme il arrive toujours, dans ces phénomènes sociaux, ce sont les malheureux ou les misérables, c'est-à-dire le plus grand nombre, qui sont forcément atteints.

En voici un exemple d'ordre pharmaceutique : Le sulfate de quinine, dans l'espace de quelques mois, a presque triplé de valeur. Au commencement de l'année il valait 300 francs le kilo, actuellement il en vaut près de 800.

Cette augmentation de prix est due à des achats considérables faits par les armées étrangères. Les Turcs, nous dit-on, ont acheté en un jour plus de cent kilos de sulfate de quinine dans une des principales maisons de Paris.

Qui se serait jamais douté qu'il fût plus coûteux d'avoir la fièvre, lorsque le czar et le sultan en viennent aux mains? (*Tribune méd.*)

***

Nous savons tous combien sont fréquentes, dans la pratique rurale, les erreurs dans l'administration des remèdes que nous prescrivons. Si nous ordonnons une potion et un liniment, il

n'est pas rare que le malade avale le liniment et se frotte avec la potion. Il n'y a pas qu'en Normandie que cela se passe ainsi. Une méprise de ce genre, qui a eu d'ailleurs le plus heureux résultat, vient d'être publiée par un médecin italien, et elle fait son tour du monde : nous la retrouvons dans le *Medical and surgical reporter* de Philadelphie. Il s'agit d'un homme atteint d'une sciatique des plus douloureuses, auquel ce médecin prescrivit une potion avec trois onces d'eau de rose miellée et un drachme (environ 2 grammes) d'essence de térébenthine, à prendre par cuillerées à soupe quatre fois par jour, et un liniment composé de deux onces d'essence de térébenthine et d'un drachme et demi de laudanum de Sydenham, avec lequel il devait frictionner la région douloureuse. Le lendemain, le médecin ne fut pas peu surpris de trouver son malade se promenant, parfaitement guéri.

Il s'était frotté avec la potion et avait pris une cuillerée à soupe du liniment : cela lui avait bien donné un fort mal de tête et de violentes nausées ; mais ensuite il avait dormi huit heures durant, et s'était réveillé guéri.

(*L'Année médicale de Caen.*)

***

Congrès des chirurgiens allemands. — Le sixième congrès annuel des chirurgiens allemands a eu lieu cette année à Berlin, sous la présidence de Langenbeck. Ce meeting avait réuni, dans les vastes salles des cliniques de la Charité, près de deux cents chirurgiens, ce qui, avec les élèves de l'Université, porte à quatre cents le nombre des personnes qui ont pris part aux travaux du Congrès.

Un grand nombre de chirurgiens étrangers s'était rendu à l'appel de leurs confrères d'Allemagne. Nous voyons, en effet, dans la liste des visiteurs étrangers plusieurs sommités chirurgicales de l'Angleterre, de l'Autriche, de la Russie et même des Etats-Unis, mais nous n'y voyons figurer aucun nom français. Est-ce dire que la France et l'Allemagne soient à jamais séparées, même sur le terrain neutre de la science ?

Quoi qu'il en soit, le meeting de Berlin a été brillant ; dans une première réunion générale, tenue par le grand *Hall* de l'Université, le professeur Langenbeck a souhaité la bienvenue aux visiteurs et a payé un tribut d'hommages à ceux que la mort avait enlevés pendant l'année : Chelins, Simon (de Heidelberg), Fergusson.

Les travaux purement scientifiques ont ensuite commencé. Plusieurs mémoires importants ont été communiqués par MM. Hüter, Esmarck, Langenbeck, Gussenbauer, Bush, etc.

(*Gazette hebdomadaire.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du 31 mai au 7 juin*, 919 décès ainsi répartis : variole, 3 ; rougeole, 15 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 12 ; érysipèle, 8 ; bronchite aiguë, 36 ; pneumonie, 57 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 7 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 21 ; croup, 20 ; affections puerpérales, 7 ; affections aiguës, 224 ; affections chroniques, 445 (dont 180 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 30 ; causes accidentelles, 33.

Du 7 au 14 juin, 985 décès ainsi répartis : variole, 2 ; rougeole, 20 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 10 ; érysipèle, 11 ; bronchite aiguë, 48 ; pneumonie, 73 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 16 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 22 ; croup, 21 ; affections puerpérales, 8 ; affections aiguës, 273 ; affections chroniques, 403 (dont 135 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 39 ; causes accidentelles, 37.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris. — Imp. Balitout, Questroy et Ce, 7, rue Baillif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 14. — 15 JUILLET 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

REVUE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçon de M. GALLARD.

De l'ulcère simple de l'estomac.

Le Dr Gallard a consacré au traitement de l'ulcère simple de l'estomac une leçon clinique dont nous empruntons le résumé au *Moniteur de thérapeutique*. Elle vient à point pour nous donner la dernière partie de l'histoire de cette affection, dont M. le Dr Renoux n'a pu, d'après M. Sée, nous fournir la dernière partie.

TRAITEMENT. — L'ulcère simple de l'estomac est une des maladies dans lesquelles il est le plus nécessaire pour le malade et pour le médecin, de s'armer de courage et de patience. — De courage, pour ne pas se laisser déconcerter par les nombreux accidents qui peuvent survenir dans le cours du traitement; de patience, car il ne faut que quelques instants pour perdre les bénéfices d'une amélioration obtenue à grand'peine, et qu'on ne conquerra de nouveau qu'au prix souvent de la même médication méthodiquement recommencée.

Ici, comme dans toutes les maladies, le point le plus important c'est le repos de l'organe malade; mais que de difficultés lorsqu'il s'agit d'un organe dont le fonctionnement est indispensable. Le repos absolu étant impossible, on doit se contenter d'un repos relatif, et le meilleur moyen pour y arriver, c'est de donner des aliments facilement assimilables et en très-petite quantité à la fois.

Parmi ces aliments, le lait tient la première place. Mais il n'est pas toujours toléré, soit que le malade soit réfractaire à cet aliment, et c'est le cas le plus rare, soit que les conditions dans lesquelles on l'administre laissent à désirer.

Dans les grandes villes où le lait est rarement frais, on le voit tourner très-aisément dans l'estomac, et il est rejeté à l'état de magma caséeux. On y peut obvier en l'additionnant d'une légère quantité de bicarbonate de soude. Mais la véritable façon de faire supporter le lait est la suivante : — Du lait fraîchement trait, non bouilli, mais simplement ramené à sa température normale par le bain-marie, et pris en très petite quantité à la fois — au besoin par cuillerées à bouche toutes les cinq minutes. — Bien des personnes supporteront ainsi l'ingestion d'une assez grande quantité de lait, qui autrement ne pourrait, en aucune façon, le digérer.

Lorsque le lait pur est bien supporté, lorsqu'on peut en prendre une certaine quantité à la fois, on pourra lui adjoindre du gruau ou des fécules, de la biscotte, agissant absolument comme s'il s'agissait du sevrage d'un enfant.

Quand ces potages seront eux-mêmes bien supportés, on essaiera le bouillon et le jus de viande à l'état de potage, mais on reviendra aux potages lactés

si le régime gras n'est pas bien toléré.

A côté des potages gras se trouvent d'autres aliments que les malades digèrent encore mieux, et qui sont plus nourrissants : ce sont le jaune d'œuf et la viande crue râpée. — On doit commencer la viande crue par petite quantité, 10 à 20 grammes par jour et augmenter en tâtonnant. — Puis enfin, avec une extrême prudence, on ajoute d'autres aliments qu'on interrompt pour les reprendre de nouveau pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'il soit possible de manger comme tout le monde.

On devra préférer les viandes noires grillées ou rôties, on évitera les vins et les fruits acides. — La bière, la bière de malt surtout, peuvent rendre des services.

Quand l'acidité du suc gastrique est trop grande, on emploiera l'eau de Pougues, ou quelques cuillerées à bouche d'eau de chaux avant les repas. — Les eaux de Vals et de Vichy sont trop alcalines. — Pour calmer les douleurs de l'estomac et prévenir les vomissements, on se trouvera bien de la glace ou des boissons glacées prises par gorgées.

Mais à côté de cette alimentation rationnelle, il faut tenir compte des idiosyncrasies du malade, qui quelquefois ne la supportera pas, alors qu'il digérera parfaitement des aliments tout différents, les huîtres, le jambon et la langue fumée, etc.

C'est au régime qu'on doit attribuer la plus grande part dans la guérison de l'ulcère de l'estomac : aussi vient-il en première ligne. Cependant certains médicaments peuvent lui venir en aide. Nous avons déjà parlé de l'eau de Pougues ; les médicaments narcotiques peuvent être également fort utiles. Il faut administrer l'opium à la dose d'un centigramme ou d'un demi-centigramme avant les repas. — M. Gallard emploie beaucoup la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine. 10 centig.
Eau distillée de laurier-cerise. 5 gram.
m. s. a.

Une ou deux gouttes sur un morceau de sucre avant le repas. Le sous-nitrate de bismuth et la craie préparée peuvent avoir également de bons effets, en recouvrant l'ulcère d'un enduit protecteur. S'il y a constipation, la magnésie anglaise remplira avec plus d'avantages ce même but, en même temps qu'elle fera l'office d'alcalin.

Le nitrate d'argent, vanté par Trousseau, et le perchlorure de fer n'ont pas d'action curative et appréciable, et ce dernier médicament peut occasionner de vives douleurs.

Quant aux agents externes, cautères, moxas, etc., quoique leur indication paraisse rationnelle, ils n'ont pas une action efficace. — Il n'en est pas de même des vésicatoires volants, qui souvent ont calmé les douleurs et arrêté les vomissements. — Les bains tièdes peuvent aussi être utiles lorsqu'il y a un mouvement fébrile. Quant à la convalescence, elle ne diffère pas de celle des autres maladies. — Les toniques, les reconstituants, les bains sulfureux ou salés, l'hydrothérapie, etc., pourront être employés avec avantage.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçon clinique de M. Verneuil (1).

§ 4. — Abcès péri-osseux ayant pour siége la partie supérieure de l'humérus. — Ouverture à l'aide du thermo-cautère. — Appréciation de cet instrument.

Le malade que M. Verneuil se dispose à opérer est un des exemples de l'inégale répartition des biens de ce monde ! Qu'on en juge plutôt.

C'est un jeune garçon de seize ans : atteint, il y a 4 ans, d'une ostéo-ar-

(1) Suite. Voir le numéro du 1er juillet.

thite du pied droit, cette affection a présenté une marche à ce point rapide que, après un mois d'invasion, l'amputation de la jambe a du être pratiquée au lieu d'élection,

Quelque temps après, le coude gauche fut envahi à son tour. Il en est résulté une ankylose, sans trop de déformation de l'article, preuve certaine de la nature non scrofuleuse de l'affection.

Voici, aujourd'hui, ce malheureux garçon atteint, d'une façon non moins grave, du côté de l'épaule droite, Le mal semble résider du côté du col chirurgical de l'humérus.

L'affection était des plus difficiles à reconnaître il y a quelques jours, à cause des douleurs excessives occasionnées par la moindre pression. Tout ce qu'il était possible d'avancer, c'est que l'articulation elle-même n'était pas le siége du mal.

On pouvait se demander s'il s'agissait d'une ostéite aiguë, d'une ostéo-myélite, d'un ostéo-sarcome, ou d'un abcès sous-périostique. Le développement de la partie supérieure interne et antérieure de l'humérus, les douleurs aiguës ressenties par le malade, son âge enfin, rendaient admissibles toutes ces suppositions.

Depuis quelques jours, un signe nouveau est venu jeter quelque jour dans le champ du diagnostic. Il s'est développé de l'œdème sur la partie antérieure de l'épaule, s'étendant de la réunion du 1/3 moyen avec le 1/3 externe de la clavicule, jusqu'à l'insertion humérale du deltoïde. Selon M. Verneuil, c'est là un signe certain d'une suppuration profonde.

Reste à préciser le siége du mal, ainsi que celui de la collection purulente. S'agit-il d'un abcès sous-périostique ou d'un abcès péri-osseux ?

Prêt à pratiquer l'opération jugée indispensable, M. Verneuil fait plonger le malade dans le sommeil chloroformique. L'anesthésie complète obtenue, il lui devient facile de procéder à une exploration que cette condition seule est de nature à permettre. N'étant plus arrêté par la crainte de faire souffrir le malade, l'habile chirurgien perçoit clairement la sensation de la fluctuation.

L'indication était précise. Il fallait pratiquer une large et profonde incision, qui devait avoir pour double avantage de donner issue à la collection, et de reconnaître la nature précise, ainsi que le siége de la lésion.

Pour pratiquer cette incision, M. Verneuil a donné la préférence au thermocautère, instrument qui tend de jour en jour à se substituer au bistouri. Il met. en effet, presque sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, pour peu que l'on n'agisse pas trop vite, permet d'opérer presque à sec, et constitue une véritable sauvegarde contre l'érysipèle et l'infection purulente, etc.

M. Verneuil se mit en demeure de pratiquer une longue incision, partant de la partie externe de la clavicule et s'étendant au-delà de l'insertion huméro-deltoïdienne. Cette section ignée ne tarda pas à donner lieu à une hémorrhagie assez abondante, par suite de l'ouverture d'une artériole. Une pince hémostatique fut aussitôt posée sur la lumière du vaisseau. A la fin de l'opération, elle fit place à une ligature définitive.

L'hémorrhagie, fait observer M. Verneuil, ne doit pas être mise sur le compte de l'instrument, mais sur celui du chirurgien, qui s'est trop pressé, et a donné une température trop élevée au couteau thermique.

Poursuivant sa section, M. Verneuil n'a pas tardé à parvenir jusqu'aux parties les plus profondes. En ce moment jaillit un véritable flot de pus. Le diagnostic se trouvait par là vérifié, sauf à préciser le siége exact, ainsi que la nature de l'affection.

Une simple remarque sur le thermocautère. Non-seulement il a continué à donner lieu à une perte de sang qui a constamment nécessité l'emploi de l'éponge, mais à réitérées fois, le fer a perdu son incandescence, éteint

par le sang, et surtout par le pus, qui s'écoulait en abondance. Pour ces raisons, l'opération a dû être suspendue plusieurs fois, pour rendre sa température au cautère.

On voit, par ces détails, que le thermo-cautère, bien que constituant un très-grand progrès dans la pratique chirurgicale, laisse encore quelque chose à désirer. Ces imperfections semblent, du reste, difficiles à faire disparaître entièrement, car elles sont le fait du peu de développement de la surface incandescente.

Mais revenons à notre jeune malade.

M. Verneuil, par un large débridement, a pu explorer exactement toutes les parties profondes. Il n'a constaté aucune carie osseuse. Il a donc porté pour diagnostic pur et simple : abcès péri-osseux.

Voulant éviter le recollement des bords de la plaie, et assurer une libre voie à la suppuration, il a pratiqué une nouvelle incision ignée transversale, sur la partie interne du deltoïde. Puis un pansement simple a été appliqué.

Ce pansement a consisté dans l'apposition d'un carré de tarlatane imbibé d'eau phéniquée, dont la partie centrale, profondément engagée dans la plaie, a été bourrée de charpie également phéniquée. Le tout a été recouvert d'une large pièce de taffetas ciré, destiné à prévenir l'évaporation du liquide.

Les pansements consécutifs seront faits de la même façon, alors que la plaie aura été largement lavée avec l'eau phéniquée.

A la suite de cette opération, les douleurs ont disparu, preuve certaine qu'il n'existe pas d'ostéo-myélite; l'œdème s'est également dissipé.

Ce malade guérira, en conservant l'intégrité des mouvements de son membre, car l'article n'est pas affecté.

M. Verneuil termine en faisant la recommandation de faire de larges débridements, dans tous les cas d'abcès périosseux. Rien, en effet, n'est plus dangereux, alors, que les petites incisions. Elles peuvent aboutir à l'arthrite, à l'ankylose, à la nécrose, et même à la mort.

« Débridez donc, Messieurs, ajoute M. Verneuil, débridez à outrance. C'est le seul moyen de sauver le membre et même la vie des malades. »

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Lit mécanique pour le traitement des fractures du fémur (1).

Luxation ou fracture? de la colonne vertébrale à la région lombaire. — Réduction par l'effet soutenu du poids du corps.

Le lundi 25 septembre 1876, le nommé Lebreton, Jean, d'Hesloup, âgé de 50 ans, étant monté dans un arbre pour en cueillir les pommes, vers huit heures et demie du matin, en tomba d'une hauteur d'environ quatre mètres sur le dos, en travers d'un sillon, justement à l'endroit où se trouvait une pierre de marne. Il a entendu, dit-il, un bruit de craquement très-violent dans son corps. En même temps, il ressentit une douleur atroce dans la région des reins.

Pour le transporter, on a dû glisser sous lui une couette solide remplie de plumes, sur laquelle quatre hommes l'ont apporté et déposé dans son lit, où je le trouve à mon arrivée.

Ayant glissé ma main jusqu'à la partie malade, je découvre, sur la ligne médiane, une dépression correspondant à la saillie de l'apophyse de la première vertèbre lombaire ; la plus légère pression, sur ce point, provoque une horrible angoisse.

Le pouls est faible, la peau est froide; mais aucun symptôme de paralysie ni d'insensibilité ne se montre aux membres inférieurs ni à la vessie.

---

(1) Suite. Voir le numéro du 1er juillet.

PRESCRIPTION. — Infusion de *nepeta cataria* sucrée et chaude pour tisane : une tasse d'heure en heure. — Bouillon de veau pour aliment.

26 septembre. — Même état. La douleur est toujours si vive à la région lombaire, que tout mouvement est absolument impossible. Même prescription.

27 (id.). — Lebreton, désespéré, me supplie de mettre un terme, s'il est possible, aux tortures qui résultent pour lui de l'immobilité absolue à laquelle il est condamné.

J'envoie donc, sans plus tarder, quérir mon lit mécanique, et je m'occupe d'y installer le blessé, qui y trouve un soulagement instantané à tous ses maux.

Il ne faut pas perdre de vue qu'au moyen d'une simple manivelle le cadre dit élévateur, de mon appareil, élève le cadre dit gestateur, ou brancard approprié qui porte le blessé, *à vingt centimètres au-dessus de sa couche*, et que ce soulèvement du corps du malade peut se répéter, pour ainsi dire, indéfiniment, sans fatigue ni gêne pour lui.

Lebreton ayant donc usé largement de cette faculté si précieuse, a fini par trouver ainsi un mode de décubitus si bien approprié à l'état des organes lésés, qu'il a pu dormir immédiatement quatre heures entières sans se réveiller.

7 octobre. — Lebreton me raconte que, s'étant senti la force de se tourner lui-même dans son lit mécanique, il a porté son doigt à ses reins et n'y a plus trouvé la dépression très-marquée de l'une des apophyses épineuses des vertèbres lombaires, que j'avais constatée à ma première visite, et qui s'était montrée si douloureuse à la pression la plus légère.

L'effet répété des tractions exercées par le poids du corps à chaque soulèvement, aura amené insensiblement une réduction, que nous avons le bonheur de n'avoir pas eu à constater dans ses particularités anatomiques, au moyen de l'autopsie.

Ce n'est, toutefois, que vers le quarantième jour, que j'ai permis à Lebreton de sortir de l'appareil. Sa guérison a été solide et durable.

Dr Damoiseau (d'Alençon).

Deux cas de taille par le haut appareil, pratiquée chez les enfants avec une issue favorable, par M. le Dr F. Betz, de Heilbronn.

Les deux opérations dont il s'agit ont été pratiquées sur des petits garçons âgés, l'un de huit ans l'autre de six. Ces deux enfants ont été chloroformés.

Dans le premier cas, l'incision de la ligne blanche, pratiquée sur une étendue de deux pouces jusqu'à la symphyse des pubis, ne permettant pas d'arriver à la vessie, à cause de la tension des muscles abdominaux, force fut de pratiquer de droite et de gauche une incision horizontale de moins d'un demi-pouce, à travers les muscles droits et pyramidaux. Une sonde à taille, introduite pendant le narcose, servit alors à presser la vessie contre la plaie abdominale. Mais, comme elle perfora cet organe, celui-ci ne put être saisi, et M. Betz dut aller à sa recherche avec des pinces à mors. Il introduisit ensuite dans la plaie vésicale, une pincette dilatatrice du professeur Bruns, de Fubingue, et agrandit facilement l'ouverture avec un bistouri boutonné. A l'aide des pinces et du doigt, notre confrère fit l'extraction d'un calcul, en forme de mûre, du volume d'une cerise. La vessie fût ensuite nettoyée au moyen d'une seringue.

L'hémorrhagie fut tout à fait insignifiante. La moitié supérieure de la place abdominale fût rapprochée avec des bandelettes agglutinatives. L'inférieure fut recouverte d'une compresse fenêtrée et d'un gâteau de charpie ; sur le tout furent appliquées des fomentations froides. Après divers accidents, et la production d'une fistule aux parois du ventre, qui mit fort longtemps à se fermer, l'enfant fut enfin complétement guéri, neuf mois après l'opération.

Dans le deuxième cas, on put se dispenser de pratiquer des incisions horizontales à la base de l'incision verticale. La sonde à taille ne perfora pas la vessie, qui fut fendue sur ce conducteur. Cette section donna lieu à une forte hémorrhagie veineuse, qui céda à des irrigations d'eau froide. Un calcul de la grosseur d'un gland fut extrait au moyen d'une pince et du doigt. La vessie fut ensuite nettoyée par une injection d'eau tiède, puis on plaça sur la plaie une compresse froide et une éponge.

La guérison se fit si rapidement, que six semaines après l'opération l'enfant put faire plus d'une lieue de chemin, pour voir le théâtre d'un incendie.

Dans les réflexions dont M. Betz fait suivre l'histoire de ces deux opérations, nous noterons seulement les points suivants :

Eviter autant que possible les incisions horizontales. Pour l'ouverture de la vessie, mieux vaut soulever celle-ci avec une sonde, que d'inciser sur la vessie pleine. Aux irrigations par le canal de l'urèthre après l'opération, il est préférable de substituer celles qui se font par la plaie de la vessie. Dans l'incision de cet organe, il faut se rappeler que la muqueuse vésicale fuit souvent devant le bistouri et que les parois en sont très-résistantes. L'introduction d'une pince de Bruns, dans l'ouverture pratiquée, sert à la dilater pour permettre ensuite de la prolonger. Dans le traitement consécutif, les sutures ne sont pas absolument nécessaires. Un gâteau de charpie, humectée d'eau froide, puis exprimé, est préférable pour le pansement, à une éponge.

Les premiers jours, l'opéré doit conserver la position couchée sur le dos. Plus tard, il convient de la reprendre pour uriner. Des bains sont très-favorables pour faciliter la miction. Il faut s'abstenir d'employer une algalie, pour faciliter le passage de l'urine par la voie de l'urèthre.

Enfin, le diagnostic peut être éclairé, chez les enfants, par la palpation de la vessie par le rectum. Le médecin ne doit pas oublier que des calculs existent quelquefois chez des enfants, même dans des contrées où l'on ne les rencontre pas ordinairement chez les adultes.

Dr Cornaz, de Neufchâtel (Suisse).

De l'amygdalotomie et de la compression directe, comme moyen le plus sûr de mettre fin à l'hémorrhagie qui peut être la conséquence de cette opération. — Bistouri et amygdalotome.

Dans une de ses dernières conférences cliniques, M. Panas attirait l'attention de ses auditeurs sur une opération de chirurgie courante : l'amygdalotomie.

Pour cet habile praticien, l'ablation des tonsilles est d'une innocuité parfaite, à la condition qu'elle soit effectuée d'une façon convenable. Il est des chirurgiens qui croient bien faire en enlevant la glande dans sa presque totalité. C'est à tort. En procédant de la sorte, on s'expose à provoquer une hémorrhagie qui peut être assez abondante pour entraîner la mort du malade. Ce malheur a failli arriver à Vidal. Moins heureux, un de nos bons confrères a eu la douleur de voir succomber son opéré.

Fort heureusement, pour atteindre le but que l'on se propose, il n'est pas nécessaire d'enlever la totalité de la glande. Il y a plus : il suffit souvent de l'ébarber, pour modifier sa vitalité et obtenir une atrophie consécutive.

Ainsi que le fait observer M. Panas, il est une condition qui prédispose surtout le malade à l'hémorrhagie : c'est l'inflammation des tonsilles, qui les rend à ce point friables, qu'on ne peut en opérer nettement la section. On n'arrive qu'à en arracher des portions plus ou moins volumineuses. De là l'indication de ne procéder, autant que possible, à cette opération qu'après la chute de l'inflammation.

On a souvent mis l'hémorrhagie sur le compte de la section d'une branche

de la carotide. Sans nier qu'il en puisse être quelquefois ainsi, on trouve de ce fait une explication plus générale dans cette donnée anatomique que le tissu cellulaire qui tapisse le fond de la fosse amygdalienne est pourvu d'un lacis veineux assez abondant. On s'explique d'autant plus aisément la perte du sang résultant de cette lésion que, à la suite de cette opération, les malades sont portés à effectuer incessamment des mouvements soit de déglutition soit d'expuition.

M. Panas fait observer que l'hémorrhagie n'est pas toujours la suite immédiate de l'opération, mais qu'elle peut aussi se produire au bout de quelques heures et au moment où l'on peut se croire tout à fait à l'abri de cet accident. De là l'indication de ne pas quitter les malades avant d'avoir acquis la conviction que l'on n'a plus rien à redouter de ce côté.

Divers moyens ont été conseillés pour arrêter la perte du sang. Sans parler de la ligature de la carotide, qui constitue un procéde extrême, on a conseillé l'application topique du perchlorure de fer, la glace, la compression directe avec une pince de forme spéciale. Or, pour M. Panas, il est un mode hémostatique plus simple, parce que chacun l'a toujours à sa portée, et d'une sécurité incomparablement plus grande : c'est la compression digitale. Pour le mettre en pratique, le chirurgien, d'une main fixe le pharynx à la racine du cou, en même temps que, portant un des deux doigts sur la surface de section, il pratique une compression directe, soutenue durant quelques minutes. Cette manœuvre, il est vrai, est difficilement supportée par la plupart des malades. Mais il ne faut tenir aucun compte des nausées et des vomissements auxquels elle donne lieu. C'est l'affaire de quelques instants, car d'ordinaire deux ou trois minutes suffisent pour mettre fin à la perte du sang.

Trois fois, dans ces conditions M. Panas dit s'être trouvé en présence d'un écoulement de sang considérable ; trois fois il a obtenu un succès complet, en ayant recours au petit moyen dont il vient d'être question.

Pour compléter ces quelques données, empruntées à l'enseignement de l'habile chirurgien de l'hôpital Lariboisière, nous engageons nos lecteurs à vouloir bien se reporter au n° du 15 mars 1875 de la *Revue*. Ils y trouveront un article très-pratique ayant pour titre : *Note sur l'Amygdatolomie*. L'auteur avec raison, selon nous, considérant les difficultés que comporte l'emploi du bistouri, instrument infidèle et dangereux entre des mains insuffisamment exercées, donne le conseil de recourir de préférence à l'amygdalotome perfectionné, se manœuvrant avec une seule main.

Ce mode opératoire permet, sans le concours d'abaisse-langue ni d'érigne, d'enlever très rapidement, en un seul temps, sans aucun danger, la portion exubérante de l'amygdale. Chacun sait que le bistouri est loin de présenter toujours les mêmes avantages. Nous avons vu, il y a quelques jours, un de nos confrères, obligé de s'y reprendre à trois fois pour achever son opération, ne sachant pas trop ce qu'il faisait, le malade ayant la bouche pleine de sang.

En terminant, nous insistons donc sur ce sage conseil : que les praticiens peu versés dans l'art opératoire laissent le bistouri aux patriciens de la profession, à ceux qui savent allier à une main sûre, un sang-froid à l'épreuve. Quant à eux, qu'ils recourent de préférence à l'amygdalotome, qui leur permettra toujours de mener à bien l'opération, sans faire courir aucun danger à leurs malades.

Dr Ch. Bertrand.

TOXICOLOGIE

Sur la strophantine, nouveau poison du cœur, par MM. Er. Hardy et N. Gallois.

Le nom d'Inée a été donné à une substance toxique végétale provenant

de l'intérieur de l'Afrique, et au végétal lui-même qui la produit. Cette plante également appelée onage, gombi, poison des Pahouins, en botanique strophantus-hispidus, appartient à la famille des apocynées. Elle a été observée pour la première fois par Houdetot, naturaliste français, en Sénégambie, puis elle a été rencontrée par Smealthmann aux environs de Sierra Leone, par Baikie à Nupe, par M. Griffon du Bellay au Gabon, par Mann dans l'Afrique tropicale occidentale sur le bord du Nune-River, et Sherlow-River. On n'a pu néanmoins en avoir en Europe que de rares échantillons.

Le strophantus-hispidus est une plante grimpante, à tige creuse et cylindrique, croissant dans les forêts où il monte jusqu'au sommet des troncs les plus élevés, et retombe ensuite sur les arbres voisins. Les tiges portent des feuilles opposées, plus rarement verticillées par trois, oblongues, presque sessiles, de 10 à 12 centimètres de largeur, et couvertes de poils surtout à leur partie inférieure. Les fleurs ont une couleur jaune, et sont réunies en cymes terminales, elles sont formées d'un calice à cinq lobes, d'une corolle gamosépale de forme singulière, enveloppant cinq étamines et un stylet court qui surmonte deux petits ovaires. Le fruit est un follicule cylindrique, gros comme le pouce, atténué aux deux extrémités, brun et glabre, à parois minces et fragiles, et renfermant 100 ou 200 graines ovales, aiguës à bord tranchant de un centimètre et demi de longueur, surmonté d'un acumen prolongé en tige grêle et garni de longs poils soyeux blancs qui servent à la dissémination de la graine.

L'action toxique de l'Inée est connue des habitants de l'Afrique. Certaines peuplades l'emploient comme poison d'épreuve, d'autres en enduisent la pointe de leurs armes.

Les Pahouins ou Foos, qui habitent sur le bord des rivières du Gabon se servent, pour la guerre et pour la chasse, d'une espèce d'arbalète, au moyen de laquelle ils lancent avec une précision remarquable de petites flèches de bambou dont l'extrémité est enduite, dans une étendue de 5 ou 6 centimètres, d'une substance brunâtre, et qui présente au dessus deux entailles qui facilitent la cassure de la partie empoisonnée. Les sauvages des bords du Zambèze font usage de flèches ayant une pointe de fer, près de laquelle se trouvent également deux petites échancrures. D'après le Dr Livingstone, quand ils ont blessé un animal, la flèche se brise dans l'intérieur de la plaie, ils le poursuivent jusqu'à ce qu'il tombe, et quand il est mort, ils enlèvent les parties qui entourent la blessure, et mangent le reste.

Mais ces peuplades semblent avoir cherché, avec un soin jaloux, à cacher aux Européens l'origine de ce poison; c'est seulement depuis 1865, que par l'intermédiaire de la Commission permanente des colonies, M. Pelikon de Saint-Pétersbourg, et ensuite MM. Carville et Polaillon, en Angleterre M. Fraser, M. Sharpey purent s'en procurer des quantités suffisantes pour instituer quelques recherches.

Leurs observations furent toutes physiologiques et eurent lieu avec des solutions aqueuses ou alcooliques des graines d'Inée. Les plus complètes sont dues à MM. Polaillon et Carville et ont été exécutées dans le laboratoire de M. Vulpian. Elles ont été faites sur diverses classes d'animaux, et elles ont montré que l'action toxique est beaucoup plus rapide chez les mammifères et les oiseaux que chez les mollusques, les crustacés et les poissons.

Lorsqu'on injecte sous la peau ou dans les veines d'un animal supérieur une solution d'extrait d'inée, on voit l'animal présenter successivement des troubles de la respiration, des vomissements, de l'affaiblissement allant quelquefois jusqu'au sommeil, et à la résolution musculaire, puis la mort arrive par arrêt du cœur. En ce moment, les autres muscles qui ont encore conservé leur contractilité, la perdent rapide-

ment, aussi bien ceux de la vie de relation que ceux de la vie organique. Le système nerveux, au contraire, reste inaltéré, et l'excitabilité des nerfs n'a subi aucune atteinte.

Quelques gouttes de la même solution d'inée, injectées dans la patte d'une grenouille, amènent d'abord l'irrégularité, puis bientôt l'arrêt complet des mouvements du cœur, qui cesse de battre en se contractant, et en revenant sur lui-même; la mort survient par suite de la paralysie de cet organe. Mais quand les pulsations du cœur sont complétement abolies, l'animal n'a pas perdu la faculté de s'agiter et de se mouvoir. La grenouille peut encore sauter, se retourner sur elle-même, si on la place sur le dos, s'élancer et faire des bonds quand on cherche à la saisir. Cet état extraordinaire persiste quelque temps, et la mort survient.

Le poison est transporté par la circulation sanguine. La mort arrive très-rapidement quand on injecte l'extrait d'inée dans les veines, ou qu'on le place sur le péricarde d'un animal dont le cœur a été mis à nu; elle est également rapide, quand on l'injecte sous la peau. Au contraire, quand on fait pénétrer la substance toxique dans l'estomac, les phénomènes sont lents à se produire. Chez les grenouilles préalablement mises en léthargie par l'action du curare, et chez lesquelles, par conséquent, le cœur conserve ses battements dans toute l'intégrité de leur rhythme normal, l'inée agit beaucoup plus lentement que sur les grenouilles non curarisées; mais l'action de ces deux substances ne se neutralise pas.

Après la mort on trouve les ventricules en systole, c'est-à-dire revenus sur eux-mêmes et vides de sang; les oreillettes, au contraire, sont volumineuses et remplies de sang.

Ces recherches purement physiologiques, faites avec des extraits, laissent complétement dans l'ombre la composition chimique des graines d'inée. M. Fraser a tenté quelques essais pour séparer la substance toxique, mais il a obtenu seulement une sorte d'extrait dans lequel il a supposé la présence d'un alcaloïde, et lui a donné le nom de *Strophantine*, sans d'ailleurs l'avoir isolée davantage.

Dans ces derniers temps nous avons repris cette question avec les graines d'un follicule de strophantus-hispidus, que l'un de nous avait reçu de la Société d'Acclimatation. Nous en avons obtenu deux substances par le procédé que nous allons décrire.

On débarrasse les semences de leurs aigrettes, on les pulvérise, et on les met en macération pendant plusieurs jours dans de l'alcool légèrement aiguisé d'acide chlorhydrique. Au bout de ce temps, on dissout l'alcool, on l'évapore au bain-marie, et on reprend l'extrait par l'eau. On filtre, on concentre la solution, puis on l'abandonne à l'évaporation spontanée. Il ne tarde pas à se déposer des cristaux incolores, que l'on purifie en les faisant cristalliser de nouveau.

Cette substance, à laquelle nous conserverons le nom de *Strophantine*, constitue le principe actif des graines d'inée. Elle cristallise sous forme de lames quadrilatères appartenant au système orthorhombique. En solution aqueuse son pouvoir rotatoire est

$$(\alpha)_D = -1,6.$$

Elle est soluble dans l'eau, l'alcool, peu ou pas soluble dans l'éther et le chloroforme; elle est neutre au papier de tournesol et ne présente pas les réactions des alcaloïdes végétaux. Elle ne précipite ni par l'iodure double de mercure et de potassium, ni par l'iodure de potassium ioduré, ni par l'acide phosphomolybdique, ni par le chlorure de platine, ni par le chlorure d'or. Bouillie avec les acides, elle ne donne pas les réactions du sucre, et ne paraît pas, en conséquence, se ranger dans le groupe des glucosides.

Cette substance est très-toxique et représente la matière active des graines d'inée. Un cristal placé sous la peau de la patte d'une grenouille dont le cœur

a été mis à nu, arrête les mouvements de cet organe après quelques minutes, alors que les muscles et les nerfs ont encore conservé leur contractibilité. Elle amène la mort par la paralysie du cœur.

L'animal, au moment où son cœur s'arrête, possède encore toute sa vivacité ; il peut mouvoir ses membres avec force et saute avec agilité. Ce n'est qu'au bout d'un temps variable, généralement quelques minutes, que les mouvements de locomotion et de respiration deviennent impossible, par suite de l'interruption de la circulation dans les centres nerveux.

Les aigrettes qui surmontent les semences soumises au même traitement, ont fourni une substance d'aspect cristallin, déliquescente, qui présente les réactions caractéristiques des alcaloïdes mais dont l'action physiologique est peu accusée. Elle paraît notamment sans action sur le cœur. Nous proposons pour cet alcaloïde le nom d'*Inéine*.

Ces observations sont encore incomplètes. Elles s'accordent cependant assez avec les faits observés à l'aide des extraits de graines d'inée pour prouver que la sthrophantine est l'agent toxique du sthrophantus-hispidus.

POLICLINIQUE DE CHIRURGIE DES FEMMES

—

De la rétroversion de l'Utérus (1).

Des dix-sept observations que j'ai actuellement sous les yeux, et qui me dictent ces remarques, je distrais d'abord celles relatives à ces deux femmes chez lesquelles, après avoir constaté la rétroversion simple, j'ai assisté à sa transformation en rétroflexion.

J'élimine ensuite les deux observations concernant deux femmes qui, n'ayant pas voulu accepter le traitement de leur déviation, sont revenues me voir deux ans après, alors que la rétroversion avait passé à l'état d'invagination, de prolapsus utérin ; sur l'une d'elles, le prolapsus était compliqué de cystocèle vaginale.

Je mets de côté ces observations, parce qu'elles ne sont plus justiciables du traitement de la rétroversion, le seul dont nous ayons à nous occuper en ce moment. Ce traitement, nous l'avons appliqué dans les treize autres cas. — De ces treize femmes, une était affectée de rétroversion de l'utérus à l'état de gravidité. Chez les douze autres, il s'agissait de rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité. Chez toutes, nous avons pu obtenir la réduction et la contention du déplacement, et faire cesser les phénomènes fonctionnels qui les incommodaient.

Parmi les douze malades atteintes de rétroversion à l'état de vacuité, nous avons observé une jeune femme nullipare de 24 ans, chez laquelle une douleur assez vive s'est déclarée quelques jours après l'application de l'anneau. Des modifications successives imprimées à l'anneau ne sont pas parvenues à le rendre supportable. Un jour même, la douleur a été assez intense pour que étant venue chez moi pendant que j'étais en voyage, elle n'a pas pu attendre mon retour et est allée prier un autre chirurgien de la débarrasser du moyen contentif. Un examen plus précis m'a fait reconnaître la cause de cette intolérance. J'ai senti dans le cul-de-sac postérieur un ovaire qui, comprimé par la branche postérieure de l'anneau était la cause de la douleur. Il fallait pourtant combattre cette rétroversion qui s'accentuait de jour en jour. J'y suis arrivé en appliquant l'anneau de Meigs fait avec un ressort de montre revêtu d'un tube en caoutchouc. Cet anneau circulaire, plus souple, tend les parois vaginales, sans porter aussi exclusivement sur le cul-de-sac postérieur. Son action quoique moins précise réduit d'une manière suffisante le déplacement.

Une autre femme, âgée de 36 ans,

(1) Suite. Voir les numéros du 1er mai, du 15 juin et du 1er juillet.

mère de cinq enfants, a commencé à souffrir vers le quatrième jour de l'application de l'anneau. L'ayant vue le septième jour, j'ai trouvé deux petites ulcérations sur la paroi antérieure du vagin, au point de contact des deux angles limitant la branche transversale antérieure. J'ai enlevé l'anneau, conseillé l'application de l'eau végéto-minérale sur ces points qui ont été complétement guéris la semaine suivante. J'attribue cet accident au poids de l'anneau qui était en plomb massif. Un anneau en aluminium, fait sur le patron du précédent, a bien maintenu la réduction, a été et est encore parfaitement supporté.

De nos douze malades affectées de rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité, huit portent encore en ce moment l'anneau : six ont un anneau en aluminium; une, un anneau en plomb; une, un anneau de Meigs. Chez toutes la réduction est complète et les symptômes fonctionnels ont disparu. Quelques-unes sont munies du moyen contentif depuis plusieurs années sans perdre la plénitude des fonctions génitales, l'anneau ne portant aucune gêne dans l'accomplissement de la copulation.

Les quatre autres femmes nous présentent quatre cas de cure que je crois pouvoir regarder comme radicale. Deux nous sont donnés par deux femmes unipares, agées l'une de 30 ans, l'autre de 38. Chez la première la rétroversion ne s'est pas reproduite depuis deux ans que l'anneau a été enlevé. Elle a porté pendant dix-huit mois un anneau en plomb. Chez la deuxième la rétroversion a été constatée le 19 octobre 1874; un anneau en aluminium a été porté jusqu'en mars 1876; depuis quatorze mois le déplacement ne s'est pas reproduit.

Le troisième exemple de guérison appartient à une jeune femme déjà mère de deux enfants. J'ai constaté la rétroversion avec commencement d'invagination en janvier 1872. C'était un cas compliqué de métrite parenchymateuse. Quatre applications successives de sangsues sur le col ayant diminué le poids de l'utérus très-volumineux, j'ai réduit la rétroversion et appliqué l'anneau d'Hodge fin mars 1872. Une nouvelle application de sangsues a eu lieu le 22 avril suivant et la malade, munie de l'anneau en aluminium a pu quitter Paris le 15 mai pour retourner en province. Elle est revenue me voir le 24 avril 1874 et j'ai enlevé l'anneau. Je lui ai prescrit de marcher pendant quatre ou cinq jours dans Paris. Après ce temps le déplacement ne s'étant pas reproduit, je l'ai laissée repartir sans anneau. Devenue enceinte dans le mois d'août suivant, la rétroversion ne s'est pas reproduite pendant la grossesse; l'accouchement a été normal et n'a pas été suivi de la reproduction du déplacement. Une nouvelle grossesse vient de se terminer par une parturition heureuse il y a un mois à peine.

Cette observation nous montre que la fécondité suspendue par la rétroversion a été recouvrée par le retour de l'utérus à sa position normale.

La quatrième observation de guérison est relative à une demoiselle de 26 ans, vierge, chez laquelle la rétroversion a été produite tout à coup par un effort en soulevant un matelas. Je l'ai constatée en février 1872. Après avoir assoupli par la glycérine la vulve et la membrane hymen et avoir dilaté son ouverture sans effraction, j'ai pu réduire et introduire un tout petit anneau d'Hodge en aluminium, qui est resté en place pendant deux ans. Il a été retiré en 1874 avec les mêmes précautions qu'il avait été introduit et j'ose dire que cette demoiselle n'avait pas perdu le signe de la virginité. Depuis trois ans la rétroversion ne s'est pas reproduite. Mariée depuis, elle a accouché prématurément d'un fœtus de six mois et demi. Je l'ai examinée en avril 1877 et j'ai trouvé l'utérus dans sa situation normale.

Le chirurgien, avons-nous dit, peut-être appelé à faire l'application du trai-

tement que nous venons d'indiquer dans deux conditions : dans les cas de rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité, dans les cas de rétroversion de l'utérus à l'état de gravidité.

Le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide est si intimement lié à la pratique des accouchements, qu'en général c'est aux accoucheurs qu'incombe le soin de l'appliquer ; aussi ne puis-je guère vous donner qu'une observation digne d'intérêt.

Elle est relative à une femme qui, devenue une première fois enceinte, avait avorté à quatre mois. Appelé auprès d'elle, en février 1874, par le Dr Robinet, nous la trouvons dans la plus grande anxiété : depuis deux jours se couchant sur son lit, se plaçant sur une chaise, se traînant dans sa chambre, les mains sur l'hypogastre, le corps fléchi, en proie à des douleurs intolérables.

Elle nous raconte que depuis quatre mois, elle n'a pas vu ses règles, qu'elle se croit grosse depuis cette époque, mais que depuis quarante-huit heures elle se trouve dans un état de souffrance extrême, ne pouvant venir à la selle ni uriner.

Les diverses moyens employés depuis deux jours pour évacuer l'urine, n'ayant amené aucun résultat, elle nous supplie de la soulager.

Je pratique le toucher vaginal et je trouve une tumeur globuleuse remplissant le vagin et l'excavation. L'impossibilité de rencontrer le col utérin ni rien qui ressemble à son orifice m'empêche de me reconnaître. J'essaye d'introduire une sonde en argent d'abord, puis une sonde en gomme élastique pour parer à l'accident, le plus pressant, mais après avoir franchi le méat, la sonde est arrêtée et ne peut arriver dans la vessie.

La femme étant placée sur son lit dans l'attitude de l'application du spéculum, je me décide à introduire toute la main dans le vagin et il me fut alors possible d'explorer l'excavation toute entière et de m'orienter en reconnaissant au-dessus du pubis le col utérin et son orifice.

Ayant pu ainsi déterminer l'existence d'une rétroversion de l'utérus gravide, je cherchai à soulever la matrice pour lui faire franchir le détroit supérieur et soustraire le rectum et la vessie à la compression qu'ils subissaient; je ne pus la porter en haut. J'essayai de pousser le fond vers la symphyse sacro-iliaque droite pour amener le col à gauche afin de lui faire présenter son grand axe dans le sens du diamètre oblique, suivant le conseil de Capuron, afin de faciliter son ascension; je ne pus la mouvoir. Inutiles furent tous mes efforts, et je ne pus parvenir à désenclaver l'organe gestateur.

Nous pensâmes alors avec le Dr Robinet à demander à une pression lente et continue ce que nous n'avions pu obtenir d'un effort instantané, et nous introduisîmes dans le rectum un ballon vide, dont le volume fut progressivement augmenté par l'insufflation de l'air. Le ballon laissé en place, nous quittâmes la malade.

Huit heures après, la malade rendit ses urines.

Le ballon enlevé, elle vint à la selle, et nous pûmes constater l'ascension de l'utérus au-dessus du détroit supérieur.

Le ballon fut réintroduit et maintenu le jour suivant pour éviter la reproduction de la rétroversion et de l'enclavement, puis définitivement enlevé. Toutes les douleurs cessèrent, tous les accidents furent conjurés. La grossesse suivit son cours normal. L'accouchement se fit heureusement à terme, avec l'assistance du Dr Robinet.

Le 14 septembre 1874, deux mois après, la malade vint me voir avec son enfant au sein. L'examen me fit constater que la rétroversion ne s'était pas reproduite.

Le défaut d'intervention en temps opportun aurait été cause de la production de l'avortement par l'impossibilité où aurait été l'utérus de se développer dans la cavité trop étroite du petit bassin.

C'est ce qui est arrivé chez notre malade dans sa première grossesse ; ou bien, de la compression du rectum, de la vessie et du vagin par l'utérus, de la compression de l'utérus lui-même bridé par le détroit supérieur, seraient résultées des eschares suivies de perforations qui auraient amené la mort de la femme. La *Gazette médicale* de 1873, relate soixante dix-huit cas de rupture de la vessie produite par cette cause.

Aussi dirons-nous que si, quand il n'y a pas d'accident menaçant, il est prudent d'attendre la réduction spontannée de l'utérus jusqu'au quatrième mois de la grossesse afin de ne pas provoquer l'avortement par l'application d'un moyen contentif, il est de toute nécessité de réduire lorsque des accidents se déclarent vers le quatrième mois de la gestation.

A cette époque, la réduction consistant en l'ascension de l'utérus dans le grand bassin, il n'est pas nécessaire de le maintenir, le détroit supérieur qui s'opposait à l'ascension, s'opposera désormais efficacement à la descente et constituera un véritable anneau contentif.

Si on était consulté plus tard, la provocation de l'avortement, la ponction de l'utérus et même la gastrotomie se présenteraient comme des ressources extrêmes auxquelles le chirurgien pourrait être obligé de recourir. Mais ce sont là de graves questions qui ne peuvent être traitées d'une manière incidente et que je n'ai ni le temps ni la pensée de développer en ce moment.

Je me résume en disant que nous avons cinq faits de guérison qu'il y a lieu de considérer somme définitive : un de rétroversion de l'utérus gravide, quatre de rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité.

De toutes les observations que je viens de vous soumettre, je crois pouvoir conclure :

1° Que la rétroversion stable est une lésion pathologique qu'on peut déterminer avec certitude par des examens successifs permettant au doigt placé dans le vagin d'atteindre la face postérieure du corps de l'utérus ;

2° Qu'elle donne lieu à des symptômes fonctionnels tels que douleurs abdominales et lombaires, sensation de pesanteur pelvienne et difficulté de la locomotion, de la défécation, de l'urination, de la menstruation, de la fécondation et de la gestation ;

3° Qu'abandonnée à elle-même, elle ne guérit jamais, qu'elle se transforme quelques fois en rétroflexion et le plus souvent en invagination ou prolapsus utérin, qu'elle peut même exceptionnellement, surtout dans les cas de gravidité, occasionner des compressions rectale et vésicale mettant en péril la vie de la femme ;

4° Qu'il faut la réduire et la contenir ;

5° Que, par la contention, on fera toujours cesser les accidents et qu'on pourra soustraire les femmes aux conséquences de l'évolution progressive de la lésion ;

6° Que le meilleur mode de contention me paraît être l'anneau d'Hodge, dont l'emploi permettra d'obtenir dans quelques cas une guérison définitive et complète en faisant renaître chez la femme une fécondité perdue.

Quelqu'incomplète que soit cette communication, je ne dois pas oublier qu'il y a des bornes à la patience de ceux qui écoutent. Aussi je m'arrête avec l'espérance de voir contrôler par vos propres observations les faits que je viens de vous exposer. Dr BERRUT.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Du traitement de affections brightiques du rein. — Le professeur James Tyson, après avoir indiqué les formes anatomopathologiques des affections rénales produisant l'albuminerie, spécifie qu'au point de vue du traitement on peut établir deux divisions dans la maladie de Bright : état aigu, état chronique.

A) *Traitement de l'albuminerie aiguë.* — Trois conditions sont surtout importantes : repos, tranquillité, chaleurs. Il suffit parfois de faire garder le lit au malade et de le bien couvrir pour le voir guérir spontanément. Dans les cas graves, si l'urine est supprimée, ventouses sèches ou scarifiées à la région lombaire, à titre de révulsifs; cataplasmes chauds et humides appliqués sur la même région. La soustraction du sang à la région lombaire est efficace, malgré le rapport très-médiat de cette région avec les reins: en effet on diminue ainsi la pression sanguine dans les artères lombaires, qui naissent de l'aorte près des artères rénales. En général, cependant, à moins de gravité très grande du cas, il suffit de prescrire les ventouses sèches ; et les scarifiées doivent être réservées pour les cas graves, chez les sujets forts.

Voici, d'après le Dr G. Johnson, le but des ventouses sèches. Elles facilitent le passage du sang des capillaires dans les veines, et diminuent la pression dans les vaisseaux rénaux. On n'obtiendra de bons effets des ventouses sèches qu'autant qu'elles seront enlevées dès qu'on aura constaté une rougeur marquée du point où on les applique. En les laissant en place trop longtemps, on cause la stase du sang dans les capillaires, et l'on empêche son mouvement en avant; donc pas de dérivation du sang rénal. Tel est le moyen le meilleur de combattre la congestion des reins ; mais il y a d'autres indications importantes à remplir. On excitera les fonctions cutanées pour soulager celles du rein. On comprend dès lors la nécesssité de tenir le patient bien chaudement et de l'empêcher de se refroidir.

Le tégument externe peut suppléer le reni, ce qui écarte le danger d'intoxication urémique et favorise la décongestion de cet organe. Les diaphorétiques seront employés dans ce but, puis les bains chauds et, mieux encore, l'enveloppement dans un drap mouillé et dans plusieurs couvertures. Ce dernier moyen détermine une forte transpiration, sans fatiguer les malades comme le fait le bain d'air chaud. Dans les cas ordinaires de maladie de Bright aiguë, un seul enveloppement suffit souvent à enlever tous les accidents menaçants.

Pour ce même double but, à savoir : la disparition de la congestion rénale et la production d'une sécrétion complémentaire de celle des reins, on peut employer les purgatifs. L'auteur aime mieux user de ce moyen, non pour produire une spoliation, mais plutôt pour favoriser l'action des autres remèdes, en activant les phénomènes de l'osmose. Que l'on donne les diurétiques sans agir préalablement sur l'intestin, leur action sera lente à produire; après un purgatif, au contraire, en quelques minutes, leur influence sera manifeste.

Cependant, si dans le cours de la maladie il survient du coma, ou des convulsions urémiques, il faut sans hésiter recourir aux purgatifs, non plus à titre d'adjuvants, mais pour déterminer une forte révulsion sur l'intestin. Quelques gouttes d'huile de croton sur la langue du patient peuvent lui sauver la vie, en le purgeant vite et fortement.

Doit-on recourir aux diurétiques ? Question très-controversée. On objecte que les reins déjà congestionnées et enflammés doivent se trouver fort mal de

l'afflux sanguin qu'amènent dans leur tissu les diurétiques; mais, d'autre part, on fait remarquer que la cure de l'affection est souvent annoncée par une émission copieuse d'urine. Cette diurèse serait due à l'excrétion de l'urée, puissant diurétique, comme on le sait, accumulée dans le sang pendant la première période de la maladie. Mais cette excrétion ne se fait que quand la circulation rénale est devenue meilleure; c'est un effet de l'amélioration dans l'état du rein et non la cause de cette amélioration.

Néanmoins tout diurétique qui ne congestionne pas le rein est un bon remède qu'on ne doit pas dégliger d'employer. Mais quels sont les agents doués de cette propriété? Ceux qui augmentent l'énergie du cœur ou la pression artérielle. La digitale renforce l'action cardiaque, les sels et les délayants augmentent la pression sanguine. Ces substances combinées font très-bien. On fait prendre l'infusion de digitale fraîchement préparée, plutôt qu'à la teinture, à dose suffisante pour diminuer les pulsations artérielles, surveillant très-attentivement son action. En même temps on prescrit l'acétate de potasse ou le citrate, substances qui favorisent par osmose le passage dans le sang du véhicule où elles sont dissoutes et accroissent ainsi la pression intra-vasculaire.

Les diurétiques tels que la térébenthine, les cantharides, le copahu, etc., qui congestionnent les reins, sont tout à fait contre-indiqués.

Assez souvent, ajoute l'auteur, les fomentations sur l'abdomen ou la région lombaire, avec une forte infusion de digitale, favorisent la diurèse.

B) *Traitement de la maladie de Bright chronique.* — Il y a deux conditions importantes à remplir: 1° améliorer les qualités du sang, devenu pauvre, et qui est vicié par l'urée et d'autres matières organiques; 2° combattre les symptômes et les complications, sources de dangers pour les malades.

La première indication est remplie par l'application du fer, du quinquina, de la strychnine; par une bonne alimentation; par de bonnes conditions d'hygiène; puis on cherche à dépouiller le sang de son urée.

L'alimentation ne renfermera pas beaucoup de substances azotées, car celles-ci produisent de l'urée et il peut être important de ne pas obliger le rein à un travail fonctionnel et exagéré pour l'élimination de cette matière excrémentitielle. La diète lactée et les aliments tirés du règne végétal sont surtout indiqués.

Parmi les mesures hygiéniques à conseiller, il faut surtout citer les vêtements chauds et l'exercice. Les malades porteront sur la peau du coton (c'est la flanelle des Américains), pour mieux se préserver du froid et favoriser l'action vicariante, pour les reins, du tégument externe, se défier du froid, et surtout du froid humide; par suite recommander le séjour dans un climat chaud, à température uniforme.

Dans les cas où la maladie de Bright donne lieu, non plus seulement à de l'albuminerie, sans autre symptôme, mais est arrivée à cette période où l'on note de l'anasarque, des épanchements de sérosité dans les cavités séreuses, et des hyperhémies, il faut agir énergiquement.

On s'adressera aux diurétiques et aux purgatifs; on provoquera le fonctionnemont exagéré de la peau. Nous savons quels sont les diurétiques à employer; voyons comment on devra s'y prendre pour activer l'action du tégument externe. On prescrira les bains d'air chauds ou l'enveloppement. Le bain d'air chaud est un puissant moyen de purifier le sang de l'urée qu'il renferme en excès. Les malades en éliminent plus par la peau, mais aussi par les reins, ainsi que l'auteur l'a manifestement constaté. L'enveloppement produit le même effet. Ces moyens diaphorétiques n'épuisent pas les malades comme on pourrait le croire.

Les purgatifs à prescrire dans l'albuminerie chronique sont surtout ceux qui

provoquent d'abondantes selles aqueuses : élatérium, scammonée, gomme gutte, jalap. A moins d'une indication pressante, comme celle qui résulte d'une congestion veineuse générale à combattre, ainsi qu'il a été dit, par l'administration d'un cathartique à effet prompt et violent, on prescrira d'ordinaire les purgatifs d'une façon persistante, de manière à obtenir une action soutenue ; tous les jours ou, au moins, tous les deux jours. Il est vrai de dire que l'on affaiblit plus les malades par cette méthode qu'en les faisant transpirer tous les jours. Aussi l'auteur se déclare-t-il peu partisan des purgatifs dans l'albuminerie chronique, à moins qu'il ne s'agisse de modifier les symptômes urémiques. Il donne la préférence à l'élatérium, qui purge abondamment et sans douleur, à doses très-minimes : 1/2 à 1 centigramme.

Quand le rein s'atrophie, le symptôme dominant est l'anasarque. Les moyens indiqués ci-dessus ne réussissent plus à diminuer l'enflure ; et il ne reste qu'une seule ressource pour soulager les malades, c'est la ponction du tégument externe. D'ordinaire on multiplie les piqûres avec une aiguille fine. Le Dr Georges Johnson, de Londres, préfère pratiquer une seule incision d'un 1/2 pouce, au-dessus de la malléole interne et externe de chaque jambe, comprenant la peau et le tissu sous-cutané. Dans un cas grave, qu'il a rapporté, et que l'auteur analyse, il attribue à cette méthode la guérison d'un sujet infiltré d'une façon démesurée, dans le cours d'une albuminerie.

Le médecin américain termine en signalant les mauvais effets du calomel et de l'opium dans la maladie de Bright.

(Philadelphia, *Med. Times.*)

Prescription des gouttes en thérapeutique. — Il y a goutte et goutte, comme cela a été démontré à la Société thérapeutique, le 25 mars dernier. Il peut y avoir danger à prescrire certains médicaments par gouttes sans préciser. Nous engageons les jeunes praticiens et les autres aussi de prendre bonne note de cette remarque qui ne manque pas d'intérêt.

L'eau commune, comptée avec un compte-goutte, donne 20 gouttes par centimètre cube ; avec tel autre compte-goutte, elle donne 28 gouttes. Le laudanum, versé goutte à goutte d'un flacon, fournit 20 gouttes pour une même quantité donnant 75 gouttes si l'on se sert d'un petit tube de verre. Pour avoir des gouttes de 5 centigrammes, il faudrait indiquer sur l'ordonnance qu'elles doivent être comptées avec un compte-gouttes de 3 millimètres de diamètre (Expériences de M. le Dr Créquy).

Lorsqu'on prescrit des gouttes, il faut tenir compte de la quantité d'alcool contenu dans le liquide ; plus l'alcool augmente, plus augmente aussi le nombre des gouttes ; sur trois liquides qui contiendront en outre la même quantité d'alcool, mais à des doses différentes, 90, 80, 60 degrés par exemple, l'alcool à 90 degrés donnera plus de gouttes que celui à 80 degrés, qui en donnera lui-même plus que l'alcool à 60 degrés.

Les teintures de digitale, de belladone, etc., qui sont faites avec de l'alcool à 60 degrés, donnent 40 gouttes au gramme. Les alcoolatures résineuses, la résine exigeant plus d'alcool, donnent 50 gouttes au gramme. Avec l'alcool à 90 degrés, on a 70 gouttes au gramme. L'acide sulfurique donne 50 gouttes.

De tous les liquides, c'est l'eau qui donne le moins de gouttes, à cause de son adhérence au verre : elle donne 20 gouttes au gramme, tandis que le chloroforme donne 90 gouttes (Expériences de M. Limousin).

Voici du reste le rapport du poids la goutte pour les principaux médicaments, extrait d'un travail de M. Lebaigue, pharmacien chimiste :

Pour 1 gramme,
Eau distillée, donne 20 gouttes.
Liqueur de Pearson, 20.
— de Fowler, 23.

Acide sulfurique, 28.
Laudanum, 38.
Gouttes noires anglaises, 40.
Huile de croton, 48.
Chloroforme, 54.
Eau de Rabel, 56.
Teinture de noix vomique, 58.
— d'aconit, 58.
— d'arnica, 58.
— de belladone, 58.
— de colchique, 58.
Alcoolature d'aconit, 60.
Gouttes amères de Baumé, 60.
Liqueur anodine d'Hoffmann, 70.
Teinture éthérée de digitale, 96.
Ether sulfurique, 98.

(*Paris médical.*)

De la fièvre après les opérations antiseptiques. B. Credé. Einiges uber Fieber nach antiseptischen Operationen. (*Centralb. f. Chir.*, n° 12, 1877).

Le mouvement fébrile plus ou moins prononcé survenant quelquefois après les opérations antiseptiques, reconnaît souvent pour cause, d'après l'auteur, le refroidissement produit pendant l'opération soit par une large exposition à l'air de la partie sur laquelle on opère, soit par la perte de calorique que produit l'évaporation des liquides antiseptiques.

Chez les individus épuisés, ayant subi de fortes hémorraghies, il peut survenir rapidement une espèce de collapsus ou de septicémie aiguë, qui emporte le patient au bout de peu de jours, ou bien dans d'autres cas on ne constate qu'un mouvement fébrile peu intense, une température s'élevant par exemple à 38°5, et au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre.

Credé avait déjà remarqué que, dans la clinique de Halle et de Leipzig, la température notée chez les blessés présentant des lésions graves, comme les fractures compliquées par exemple, était en moyenne plus élevée de un demi à un degré dans la première clinique que dans la seconde ; or, à Halle les irrigations antiseptiques d'eau phéniquée, après un grand nombre d'opérations, se pratiquent sur des étendues beaucoup plus considérables qu'à Leipzig, où ces affections sont beaucoup plus restreintes. La différence observée pourrait donc résider dans cette façon différente d'opérer.

Pour se convaincre de la vérité de sa supposition, l'auteur a fait sur des individus se trouvant dans les mêmes conditions les mêmes opérations (extirpation de lymphadénomes de l'aine), avec la seule différence que, dans l'un des cas, les opérés avaient l'abdomen et la partie supérieure des cuisses mis à nu, et qu'on pulvérisait de l'eau phéniquée sur le champ de l'opération ; tandis que, dans le second cas, ils étaient enveloppés soigneusement d'ouate et de flanelle, et que le liquide avait une température de 16° dans le pulvérisateur. Chez les opérés mis à nu, la température du corps (prise dans l'aisselle) avait baissé de 0.6 à 1° pendant l'opération ; chez ceux qui avaient été enveloppés d'ouate, au contraire, elle ne changea pas, ou tout au plus put-on constater un abaissement de 0°2. Chez les premiers, il y eut du mouvement fébrile, tandis que rien de semblable ne se manifesta chez les seconds. Le résultat fut d'ailleurs favorable dans tous les cas.

La conclusion à tirer, c'est qu'il est toujours avantageux, pendant les opérations, de protéger les opérés contre le refroidissement. Celui-ci peut être sans conséquence, s'il n'est pas très étendu ni prolongé, ou s'il n'atteint que des parties périphériques ; mais quand on opère sur le tronc surtout, et que les patients sont affaiblis par des hémorrhagies, etc., le refroidissement peut entraîner la mort.

Corps étrangers des organes génito-urinaires. — Observation I. — Il s'agit d'une femme de 50 ans environ, qui était tombée du haut d'une voiture de foin sur une fourche dressée

contre cette voiture. Une dent de la fourche, pénétrant par la vulve, avait perforé le vagin et la vessie, dans laquelle elle avait introduit des brins de foin. La plaie vésico-vaginale s'était fermée d'elle-même, sans avoir jamais livré passage au moindre écoulement d'urine, mais des calculs s'étaient formés autour des brins de foin, et l'un de ces calculs avait été spontanément expulsé par l'urèthre. Un autre calcul plus volumineux ne pouvait sortir seul, et après en avoir constaté la présence dans la vessie, M. Parisot en pratiqua le broiement et l'extraction avec l'assistance du Dr Fontan. L'axe de ces calculs était formé de tiges de foin, ainsi qu'il a pu le constater lui-même.

Observation II. — Un ancien militaire, avant la guerre de 1870, avait eu la malheureuse idée de s'introduire dans l'urèthre une brosse à peindre à l'huile. Cette brosse, munie de sa virole en fer-blanc et de ses soies, avait environ 7 à 8 centimètres de longueur. Elle avait été poussée vers la vessie, les soies en arrière, et, n'ayant pu être retirée, elle était entrée dans cet organe sinon en totalité, du moins presque entière. Elle s'y était incrustée d'une épaisse gangue calcaire. Après la guerre seulement, il se décida à consulter M. E. Parisot, qui constata l'existence de ce corps étranger d'un nouveau genre et dont il fit l'extraction en pratiquant l'uréthrotomie externe (opération de la boutonnière), et en broyant les fragments qui étaient restés dans la vessie, à l'aide du brise-pierre introduit tantôt par l'urèthre, tantôt par la plaie périnale.

(*Mém. de la Soc. de méd. de Nancy.*)

Poudre desséchante pour prévenir les pustules de variole à la face, par le Dr Philippe Pennavaria (*La Salute*). — M. Pennavaria a publié, sous ce titre, un article dans lequel il annonce avoir trouvé, pour prévenir les cicatrices de variole à la face, une poudre composée de quatre partie de fleur de soufre et une de mercure précipité rouge. Il fut amené à l'essayer dans ce cas, parce qu'il en avait reconnu les bons effets dans beaucoup de maladies cutanées, spécialement dans l'eczéma et dans l'acné. Pour s'en servir, il faut d'abord appliquer un peu de glycérine sur les pustules varioliques, quand elles sont déjà en suppuration, puis mettre par dessus la poudre en question.

Au bout de quelques jours, les croutes se détachent, ne laissant sur la peau aucune cicatrice.

Bons effets des injections veineuses d'ammoniaque en cas de collapsus. — En juillet 1875, M. Fitzgerald, chirurgien distingué de Melbourne (Victoria), me fit voir un homme chez lequel il avait injecté de l'ammoniaque avec succès dans les veines, alors que cet homme était en état de mort apparente. Deux jours auparavant, M. Fitzgerald avait été appelé en toute hâte auprès de cet homme, d'un âge moyen, et qui était atteint de suppuration profuse depuis un certain temps.

A son arrivée, il trouva le malade, suivant son expression, « comme mort, sans pouls au poignet et la respiration imperceptible. » Il lui injecta sur-le-champ 30 gouttes d'une solution à parties égales de *liquor ammoniæ fortior* et d'eau. Le malade eut de violentes convulsions; mais bientôt il s'assit dans son lit et parla raisonnablement. Cet heureux effet dura environ huit heures, puis des signes de collapsus reparurent et son médecin ordinaire lui injecta une dose égale d'ammoniaque; mais une grande partie passa dans le tissu cellulaire au lieu de la veine (médiane céphalique), et ne produisit pas d'effet marqué. M. Fitzgerald fit alors lui-même une injection avec succès. Les mouvements convulsifs furent plus violents que la première fois, mais le résultat définitif fut aussi plus satisfaisant, car les symptômes alarmants ne reparurent plus.

Lorsque je le vis, trois heures environ après la dernière injection, il allait bien et, comme je l'ai dit, il guérit parfaitement bien.

L'ammoniaque qui s'était infiltrée sous la peau produisit une large eschare, comme on pouvait s'y attendre; mais si, pour faire l'injection, on avait séparé la veine des tissus environnants, où peut-être on l'avait soulevée à l'aide d'une sonde passée sous elle, de sorte que l'opérateur pût être sûr que la canule de la seringue pénétrait dans son intérieur, cet accident ne serait pas arrivé.

Ce traitement semble produire la plus directe et la plus puissante stimulation sur le cœur, et pourrait être digne d'essai dans les cas où la mort par le chloroforme serait menaçante. (*The Bristish Medical Journal*).

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par une solution d'iode dans l'eau distillée de laurier-cerise. — Caractères de cette solution, par M. le Dr Luton.

I. Comme fait de matière médicale, il est certain que l'iode se dissout mieux dans l'eau distillée de laurier-cerise que dans l'eau distillée ordinaire; et cela dans des proportions à déterminer. Dix gouttes de teinture d'iode disparaissent, en se décolorant entièrement, dans dix grammes d'eau distillée de laurier-cerise, d'une force moyenne; tandis que l'eau distillée ordinaire se colore immédiatement, et laisse bientôt précipiter l'iode. La limite inférieure de solubilité paraît être : pour l'eau ordinaire, deux dixièmes; et pour l'eau de laurier-cerise, trois dixièmes.

Mais la variété des réactions démontre l'inégalité de composition de la teinture d'iode, d'une part; et de l'autre, de l'eau distillée de laurier-cerise; ce qui est admis.

Quant au phénomène de la décoloration, il s'explique par la formation d'*acide iodhydrique* et d'*iodure de cyanogène*, tous deux incolores en dissolution.

Ces faits, étant précisés, peuvent devenir le point de départ d'une analyse quantitative de la teinture d'iode, et réciproquement de l'eau distillée de laurier-cerise : deux produits d'une composition très-inconstante : ainsi qu'on peut s'en assurer en prenant des échantillons dans diverses officines.

II. Etant donnée empiriquement une liqueur contenant un gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau distillée de laurier-cerise, soit au vingtième, et ayant à peu près la coloration du cognac pâle, on possède un collyre d'une puissance incontestable contre l'*ophthalmie purulente des nouveau-nés*. Nous l'avons employé avec un succès constant et rapide, depuis plusieurs mois, dans un service de très-jeunes enfants, à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Le mode d'usage consiste à instiller, avec un compte-gouttes, le liquide entre les paupières, en quantité indéfinie : et cela quatre à six fois par jour; sans compter les lotions extérieures, pratiquées aussi largement que possible.

Ce traitement, dont l'efficacité l'emporte même sur le nitrate d'argent vigoureusement employé, a encore cet avantage d'être aussi anodin qu'énergique; et il n'expose à aucun inconvénient, comme la nécrose de la cornée, qui peut être imputable au nitrate d'argent manié sans prudence.

(*Union méd. du Nord-Est.*)

Application du chloral hydraté pour prévenir la maladie vénérienne. Note de Carlo Pavesi (de Mortara). — L'auteur trace d'abord à grands traits l'histoire des applications thérapeutiques du chloral; puis il dit que les divers modes de traitement du mal vénérien ont parfois échoué et ajoute : « Pensant que le virus vénérien est un principe sceptique provenant de parasites invisibles à l'œil nu (Salisbury, Hallier, Donné, Zurn), et que l'hydrate de chloral, par ses propriétés

éminemment antiseptiques, antifermentatives, doit être un topique préservatif, nous avons fait diverses recherches et nous sommes presque sûr que le baume antizimique *ossia salicilato solfito-sodico-cloralato,* que nous avons le premier étudié et proposé pour emploi médico-chirurgical, jouit de la propriété de prévenir le mal syphilitique, en baignant légèrement le membre viril, et spécialement le gland et le prépuce, avec le baume susdit, avant de pratiquer le coït.

Le mode d'action de ce topique est très-simple, rationnel, innocent, non irritant; en effet, en baignant le membre viril dans le baume chloraté, celui-ci forme par sa densité naturelle une sorte de vernis adhérent; en même temps, une atmosphère chloralée, au contact des ulcères, excoriation, blennorrhées, empêche l'absorption du virus vénérien. La présence de l'acide salicylique et du sulfite de soude à l'état de solution permanente n'est pas indifférente, car ils agissent comme médicaments antiseptiques et antifermentatifs.

Le baume antizimique se prépare de la manière suivante :

Hydrate de chloral..	1	partie	1/2
Acide salicylique ...	1	—	»
Glycérine pure.....	1	—	»
Sulfite de soude....	1	—	»
Eau distillée	4	—	»
Alcool de vin.....	1	—	»

Le tout se verse dans un récipient de verre clos et exposé à une température d'environ 40 degrés pendant quelques minutes, jusqu'à ce que le sulfite soit complétement dissous, ainsi que l'acide salicylique et le chloral.

Pendant que le chloral se dissout le sulfite de soude facilite la dissolution complète de l'acide salicylique, et il se forme une solution homogène que l'on filtre dans du papier Joseph et que l'on conserve dans un vase bien clos.

La proportion d'eau, lorsqu'elle ne sera pas suffisante pour que la dissolution soit complète, peut être augmentée.

(*Bulletin de thér.*)

Sur l'utilité du cure-dents et du rince-bouche comme préservatifs de la carie. — Des causes nombreuses ont été invoquées pour expliquer la carie. En fait, ces causes sont très-variées; mais, parmi les plus importantes, je crois que l'on peut citer au premier rang la décomposition des débris d'aliments qui séjournent entre les dents après les repas.

Ces débris se rencontrent en effet, dans la cavité buccale, dans les meilleures conditions possibles de chaleur et d'humidité pour subir une prompte altération. Aussi la subissent-ils. Au bout de quelques heures, ils sont entièrement altérés et les produits acides résultant de leur décomposition se trouvant en contact permanent avec l'émail, finissent, malgré la résistance de ce dernier, par l'altérer en quelque point. La porte ouverte, la carie peut continuer rapidement son œuvre.

Telle est une des causes les plus communes de la fréquence de la carie, le séjour des débris d'aliments entre les dents. Sur des sujets vigoureux, possédant un émail très-résistant, cette cause de destruction pourra agir médiocrement ou même pas du tout; mais, chez les habitants de nos grandes villes, il n'en est pas généralement ainsi. De là l'extrême fréquence de la carie dans la plupart des bouches.

Le remède à apporter au fâcheux effet du séjour de parcelles d'aliments dans la bouche est fort simple. Il consiste dans l'emploi régulier du cure-dents après le repas et de gargarisme avec de l'eau tiède, additionnée d'un alcool quelconque ou d'un élixir dentifrice convenablement préparé. Ces soins peuvent paraître malpropre à beaucoup de personnes, mais il nous paraît bien plus malpropre encore de conserver dans la bouche des parcelles d'aliments qui se décomposent et finissent, outre la carie qu'ils déterminent, à donner à l'haleine une odeur fort désagréable. Il faut faire usage de cure-dents fins et très-souples, de façon à ne pas faire saigner les gencives Les gargarismes

à l'eau tiède additionnée, comme nous l'avons dit, de quelques gouttes d'alcool ou d'élixir dentifrice, entraînent les détritus d'aliments qui auraient échappé à l'action du cure-dents,

(*Art dentaire.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Sirop de chlorhydrophosphate de chaux ferrugineux.

Chlorhydrophosphate de chaux	20
Perchlorure de fer (solution officinale à 30°)	3
Sirop simple	977
Alcoolature du zeste d'oranges douces	9,3

Poudre ferrugineuse composée.

Fer réduit par l'hydrog.	50
Safran de mars apéritif	75
Sous-nitrate de bismuth	50
Magnésie calcinée	50
Oxyde de zinc	25
Digitale pulvérisée	25

M. et tamisez.

10 grammes de cette poudre pour faire vingt paquets. En prendre deux par jour, un à chaque repas.

Varices guéries par des injections hypodermiques d'ergotine.

M. Ortowski traita avec succès de grandes varices des extrémités inférieures au moyen de 28 injections d'une solution d'ergotine. Dans ce but, il fit faire la solution suivante :

Ergotine	2 grammes.
Alcool. }	ãã 8 —
Glycérine. }	

et faisait en sorte que chaque injection contînt environ 3 centigrammes d'ergotine.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1877.

Présidence de M. Bouley.

Fièvre typhoïde (suite de la discussion). — M. Guéneau de Mussy reprend la lecture du discours qu'il avait commencé dans la dernière séance.

Il rappelle que M. Chauffard a depuis quelques années largement modifié ses opinions en ce qui touche le rôle de la spontanéité dans la production des maladies contagieuses, la nature des contages et leur rôle dans l'étiologie des maladies spécifiques. Autrefois il disait que les virus devaient être absolument liquides, que l'inoculation devait porter sur *des liquides vrais qui, examinés au microscope, n'offraient ni éléments figurés ni caractères propres.* Puis quand ont paru les travaux de M. Chauveau, il a témoigné une joie profonde, comme s'il y trouvait la confirmation de ce qu'il avait affirmé. Or M. Chauveau a précisément déclaré que les *vrais liquides*, ceux qui n'offrent pas au microscope d'éléments figurés, sont dépourvus de toute virulence.

M. Chauveau prétend qu'à un grossissement de 1,500 diamètres on ne constate pas dans les éléments figurés des liquides virulents, des caractères qui permettent de les distinguer des éléments granuleux inflammatoires ou normaux. Mais de cette similitude de forme, il se garde bien de conclure à l'identité de matière : « *Peut-être un jour*, dit-il, *on trouvera dans les différents protoplasmas virulents, des caractères spécifiques qui les différencieront aussi bien les uns des autres que de la matière non virulente.* » Qui oserait dire, en effet, que nos instruments actuels représentent le dernier perfectionnement qu'il soit donné à l'homme d'atteindre ?

Comment admettre qu'une même cause banale, encombrement, émanations putrides, etc.; puisse produire indifféremment des maladies aussi essentiellement distinctes que le typhus, la fièvre typhoïde et la dysentérie, maladies qui, une fois produites, se reproduiront par elles-mêmes sans jamais se confondre, sans jamais mêler leurs produits, et cela indéfiniment. De quelque côté que l'on scrute cette théorie du développement spontané des maladies spécifiques, on se heurte à des contradictions et à des invraisemblances.

Quant à ce qui touche le rôle des égouts dans la propagation de la fièvre typhoïde, M. Guéneau de Mussy rappelle que M. Chauffard, peu conséquent en cela avec lui-même, n'a pas hésité à conseiller certaines améliorations dans la disposition de ces égouts. Il y a donc là un danger réel, puisqu'il faut prendre des précautions contre ce danger.

M. Guéneau de Mussy ne se flatte pas de l'espoir qu'on puisse anéantir la fièvre typhoïde ; trop de circonstances assurent sa reproduction. Mais est-il défendu de croire, avec Budd et Murchison, qu'on peut, dans une très-grande proportion, en restreindre les ravages? Les faits déjà observés ne témoignent-ils pas en faveur de cette croyance? M. Chauffard la condamne de haut comme utopique. Mais il ne faut pas oublier que, plus d'une fois, l'utopie de la veille est devenue la vérité du lendemain.

Séance du 26 juin 1877.

Présidence de M. Bouley.

Epidémies. — M. Briquet donne le résumé suivant des documents adressés à l'Académie, relativement à la diphthérie :

1° Durant l'année 1875, la diphthérie a existé, soit à l'état sporadique, par petits groupes de malades, soit à l'état épidémique, soit à l'état endémique, dans environ cent-soixante communes, appartenant à trente-cinq arrondissements, dépendant de vingt-neuf départements.

2° Ces localités, dans lesquelles cette maladie a apparu, étaient pour la plupart situées dans des vallées parcourues par des cours d'eau importants, auxquels se rendaient de nombreux affluents. Cependant, des pays très-salubres ont été atteints par la diphthérie, et l'on a vu dans le cours d'une épidémie, deux communes voisines, placées dans les mêmes conditions hygiéniques, l'une épidémiée et l'autre indemne. Enfin, dans les contrées où règnent fréquemment des épidémies de diphthérie, des communes qui étaient restées indemnes pendant une première épidémie de diphthérie, ont été très-maltraitées dans l'épidémie suivante. Ce fait, qui paraît extraordinaire, n'est que le résultat de cette loi des épidémies, qui veut que les localités et les sujets prédisposés à subir l'influence épidémique la subissent tôt ou tard, et que lorsqu'on lui a payé un large tribut on est quitte avec elle, tous les prédisposés ayant été atteints.

3° La diphthérie attaque les campagnes infiniment plus souvent que les villes, circonstance qui prouve combien est puissante l'influence de l'hygiène. Mais dans les grandes villes, dans celles où existe une population ouvrière nombreuse, telles que Abbeville, le Havre, Rouen et Paris, et où il n'y a plus d'hygiène pour certaines classes, la diphthérie règne en permanence.

4° Les épidémies ont sévi le plus ordinairement dans les trois derniers mois de l'année, après des pluies abondantes ou après des vents d'ouest, de nord-ouest et de sud-ouest, et une température basse.

5° Elles ont sévi plus spécialement sur les classes pauvres, sur les sujets faibles, sur ceux dont la constitution était lymphatique.

6° Les enfants au-dessous de l'âge de douze ans ont été les victimes les plus ordinaires de cette maladie; mais néanmoins, dans chaque épidémie, des adultes et même des vieillards ont été atteints.

7° Partout les sujets du sexe féminin

ont fourni un nombre de malades bien plus considérable que ceux du sexe masculin, et, d'après les données de MM. Ragaine et Beaupoil, la proportion était comme dix à six, cette proportion doit tenir à la constitution plus faible et plus lymphatique des personnes du sexe féminin, et aussi à ce que les uns se trouvent beaucoup hors de la maison, tandis que les autres, infiniment plus sédentaires, sont plus en rapport avec les malades.

8° Dans l'épidémie de Bar, sur 833 enfants il y eut 66 décès ; dans d'autres, sur une population générale de 6,203 personnes il y eut 68 décès ; dans d'autres, sur 569 malades, il y eut 137 décès ; et dans les hôpitaux de Paris, 573 malades et 406 décès.

9° Enfin, M. Beaupoil et M. Ragaine ont constaté que les enfants l'avaient gagnée de la même manière vers la fin qu'au début du fléau, d'où ils sont portés à conclure que le miasme spécial ne perd pas de sa force, même au bout d'une année, et de là ne pourrait-on pas tirer cette conclusion, que les épidémies de diphthérie ne cessent que parce qu'il n'existe plus de sujets prédisposés?

Séance du 3 juillet 1877.

Présidence de M. Boulley.

Acide salicylique. — M. Germain Sée donne lecture d'un travail sur l'acide salicylique, dont voici les conclusions :

1° Comme médicament antizymotique externe, l'acide salicylique a une action incontestable, mais qui ne dépasse pas celle de l'acide phénique et n'a d'autre avantage que d'être dépourvu d'odeur, comme antiseptique interne, l'acide salicylique ne présente aucun effet appréciable ni dans les affections purulentes, ni dans les maladies contagieuses et parasitaires comme la diphthérie, le muguet, ni dans les gangrènes, ni enfin dans la diabète, où l'on fait intervenir, à tort ou à raison, l'action d'un ferment.

2° Comme médicament antipyrétique, le salicylate de soude et l'acide salicylique, jouissent de propriétés transitoires et douteuses, même lorsqu'il s'agit de fièvres spécifiques, miasmatiques, virulentes, etc., ainsi il n'a pas de supériorité marquée sur le sulfate de quinine ; le salicylate de quinine lui-même ne saurait encore prendre un rang définitif dans la thérapeuthique des fièvres palustres. Impuissant dans la curation de la variole, le salicylate de soude n'a pas fait ses preuves dans le traitement de la fièvre typhoïde ; son pouvoir fébrifuge est des plus limités.

3° C'est dans le rhumatisme articulaire aigu qu'on observe les effets les plus sûrs, les plus prompts, si bien qu'on peut affirmer, presque à coup sûr, la guérison du rhumatisme aigu, ou fébrile ou apyrétique, dans l'espace de deux à quatre jours. Cinquante-deux cas en font foi.

4° Dans le rhumatisme chronique simple, les essais que j'ai institués sont les plus satisfaisants ; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre, soit dans le rhumatisme simple, soit même dans l'arthrite noueuse ; les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu. Il y a plus, les engorgements articulaires diminuent considérablement, et les mouvements peuvent devenir libres, même après des années de douleur, de rigidité et d'immobilité, à condition que les lésions osseuses ne soient pas trop profondes, trop avancées (douze observations de rhumatisme chronique).

5° Mais c'est dans la goutte aiguë ou chronique que les résultats sont le plus remarquables ; dès mes premières expériences, je fus frappé de la promptitude avec laquelle les accès aigus les plus douloureux sont enrayés ; dans l'espace de deux à trois jours, les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau, la sensibilité au toucher, tout a disparu.

La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la mé-

dication salicylique. Par cette méthode de traitement combinée, même à dose modérée, les malades sont absolument à l'abri de tout accès aigu.

D'une autre part, les engorgements chroniques péri-articulaires disparaissent avec facilité; les tophi des articulations diminuent et cessent de s'enflammer; en un mot, la guérison peut être complète, sans qu'il se poduise aucune métastase sur le cœur, l'estomac, les organes respiratoires ou le cerveau; il ne m'a pas été donné une seule fois, dans les vingt et un cas que j'ai pu suivre, de constater la moindre rétrocession de la goutte vers les organes internes. Il n'y a pas d'autre inconvénient que le développement des troubles de l'ouïe, et parfois un certain degré de faiblesse ou de narcotisme; ces deux derniers phénomènes disparaissent dès qu'on diminue la dose; les perturbations de l'audition sont bien plus persistantes. Parmi les affections qui sont de nature goutteuse, il faut citer la gravelle, qui se modifie très-favorablement, ou plutôt s'élimine plus facilement à l'aide du salicylate de soude, qui a, en outre, l'avantage de calmer les douleurs néphrétiques.

6° La médication salicylique a paru modifier avantageusement certaines névralgies faciales; mais cette action n'est pas suffisamment établie; il en est de même pour le traitement des sciatiques par ce moyen.

7° Dans les maladies douloureuses de la moelle épinière, le salicylate de soude produit les effets calmants le plus nettement appréciables, mais, par la continuité du traitement, il peut en résulter un certain degré de faiblesse.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Concours. — Un concours public, pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale, aura lieu cette année dans le courant du mois de juillet. Le jour de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixé.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans.

***

Corps des officiers de santé de l'armée de terre. — Par décret, en date du 7 juin 1877, ont été promus, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Azaïs, Servier, Rizet et Cochu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Cogit, Jean, Rebstock, Massoutié, Pasquet, Dieu, Poirée, Lanoaille de Lachèze, Delange et Pingaud.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Baillif, Bodros, Magdelaine, Lippmann, Catteau, Laffitte, Vidal, Mossier, Billet, Ocana, Zuber, Pau de Saint-Martin et Sedan.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Masson.

MM. les médecins de 1re classe de la marine, Décugis et Amouretti sont promus au grade de médecin principal.

***

Faculté de médecine catholique de Lille. — Un journal du Nord, en position d'être bien renseigné, annonce que sept délégués de la Faculté catholique de Lille, parmi lesquels MM. Violette, Giard, Meurein, ont dû partir, le 25 juin, pour étudier en Allemagne l'organisation des Universités. Les frais du voyage circulaire (Belgique, Hollande, Allemagne, Autriche) sont pris sur les 150,000 francs votés pour la Faculté de médecine. Il paraît certain que l'on n'ira pas en Angleterre.

Les lunettes dans l'armée. — Dans l'armée allemande, le soldat et l'officier sont autorisés à porter des lunettes dans le rang. L'officier surtout a besoin de connaître ses hommes, de les distinguer à une certaine distance; de même tel soldat qui n'aperçoit pas la cible fera un tireur très-suffisant si on le gratifie d'une paire de lunettes accommodée à sa vue.

Sur la proposition du Dr Perrin, médecin en chef du Val-de-Grâce, l'autorité militaire a autorisé le port des lunettes dans toute l'armée.

***

Vin fuschiné. — *Moyen de le reconnaître.* — Déposez sur la peau de la main une goutte de vin; contient-il de la fuschine, après quelques instants, s'il en renferme, la peau demeurera teinte d'une couleur rouge-vif qui ne pourra être enlevée que par des lavages à l'eau. Au contraire, le vin ne contient-il pas trace de substance toxique, la tache produite par la matière colorante du vin ne résistera pas au lavage à l'eau. Il serait difficile d'imaginer un procédé plus à la portée de tout le monde.

***

Mort par le chloroforme. — Un épouvantable accident, qui met au désespoir une des familles les plus honorablement connues de Rouen, est arrivé récemment à l'Hôtel-Dieu.

Un jeune étudiant en médecine, M. Bachelet, le fils du professeur d'histoire au lycée Corneille, souffrait depuis le matin d'une rage de dents intolérable. Exaspéré par la douleur, il voulut se calmer en absorbant un peu de chloroforme. Malheureusement, il en prit une trop grande quantité, et, à peine avait-il avalé le liquide, qu'il tombait comme une masse. On le transporta chez lui, mais, à une heure du matin, il expirait, sans que trois médecins qui lui donnaient leurs soins eussent pu le faire revenir un seul instant à lui.

La statue de Simpson. — On vient d'inaugurer à Edimbourg, dans les jardins du West-Prince's street, au pied du château, une statue en bronze à la mémoire du célèbre chirurgien écossais Simpson. Il est représenté assis, dans l'attitude du professeur en train de faire une démonstration à ses élèves. Le monument est érigé dans la partie des jardins opposée à celle où se trouve la statue de Walter-Scott.

***

Hôpitaux volants en fer et briques. — Un nouveau mode de construction qui est en pleine application à Paris (notamment rue de l'Université, entre l'avenue de Labourdonnaie et l'avenue Rapp, avenue Rapp, près de la rue Saint-Dominique, avenue de l'Opéra, bureau provisoire, et rue de Lille, à l'angle de la rue de Bourgogne), est digne d'appeler l'attention du Conseil municipal et de l'administration de l'assistance publique de Paris, qui, en matière de construction, dépensent les fonds confiés à leur garde pour l'édification d'hôpitaux somptueux, souvent au détriment des lois de l'hygiène. Il est aujourd'hui reconnu que les murs épais et les constructions lourdes et encombrantes sont défavorables pour les hôpitaux. Le meilleur hôpital est celui qui est éloigné des habitations, au grand air, et dont les murs, tout en abritant les malades, ne produisent point l'effet des caves, où il fait froid l'été et chaud l'hiver. Et cela est si vrai, que les abris provisoires faits dans les camps en planches, en torchis et même en toile doublée, sont les plus favorables, en été au moins, pour la guérison des malades et la santé des soldats. Au lieu donc de construire des monuments pour la gloire de ceux qui les fondent, ne serait-il pas plus raisonnable de faire des hôpitaux en constructions semblables à celles que nous venons d'indiquer, constructions très-solides, très-salubres, qu'on peut élever, pour ainsi dire, instantanément, et qui ont l'avantage de pouvoir être démon-

tées, transportées et remontées, suivant les besoins, si, par exemple, on juge que l'emplacement choisi primitivement n'est pas favorable. En adoptant ce système, on obtiendrait tous les avantages désirables et des économies de construction, qui se chiffreraient par millions, si on l'appliquait d'une manière générale.

(*La Revue scientifique.*)

***

La vaccine en Amérique. — En Amérique, la distraction à la mode pour le moment est bien originale. Les *Yankees* se livrent le plus joyeusement du monde à des parties de vaccination. Ils donnent des soirées, et au lieu de mettre en réserve, pour ces réunions, des rafraîchissements et des gâteaux, ce sont des assortiments variés de vaccin qu'ils offrent aux invités.

S'il s'agit d'un concert, on voit, après l'exécution de chaque morceau du programme, des docteurs venus à l'appel du maître de céans, parcourir les salons à la place des domestiques, porteurs habituels de friands plateaux, et en guise de ces mots : « Madame, monsieur, désirent-ils une glace, un sorbet, un punch ou des sandwichs ? » on leur demande : « Voulez-vous du vaccin d'enfant ou du vaccin de vache ? » Et chacun de répondre selon sa fantaisie ou le degré de confiance que lui inspire le remède : « Donnez-moi trois enfants et cinq vaches », dira l'un ; « quatre vaches et quatre enfants », dira l'autre, en se renfermant toujours dans les limites des huit incisions de rigueur que comporte toute bonne vaccination.

En outre des soirées où l'on se fait vacciner, il y en a d'autres où les vaccinés se réunissent pour comparer leurs bras et constater le succès de l'opération.

Il n'est pas rare aujourd'hui, en Amérique, lorsqu'une dame veut faire comprendre la préférence qu'elle éprouve pour tel ou tel cavalier, de s'exprimer en ces termes : « Que voulez-vous, nous avons été vaccinés ensemble !... »

Cette excentricité américaine rappelle l'usage très-répandu dans les châteaux d'Angleterre pendant la première partie de ce siècle, et qui consistait, pour rompre la monotonie des plaisirs, à consacrer un jour fixe à des purgations générales. Maîtres, invités, serviteurs, tout le monde y passait. C'était ordinairement le samedi soir qu'avait lieu l'opération. Le médecin du château venait remettre à chacun, dans sa chambre, son contingent de pilules, et le dimanche, jour du Seigneur, toute la maisonnée était satisfaite. C'était de la médecine d'ensemble, exactement comme en Amérique on fait maintenant de la vaccination d'ensemble.

(*Constitutionnel.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du* 14 *au* 21 *juin*, 954 décès ainsi répartis : variole, 4 ; rougeole, 21 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 21 ; érysipèle, 8 ; bronchite aiguë, 29 ; pneumonie, 44 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 29 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 26 ; croup, 8 ; affections puerpérales, 7 ; affections aiguës, 298 ; affections chroniques, 382 (dont 149 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 37 ; causes accidentelles, 39.

Du 21 *au* 28 *juin*, 852 décès ainsi répartis : variole, 2 ; rougeole, 12 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 5 ; érysipèle, 5 ; bronchite aiguë, 27 ; pneumonie, 35 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 37 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 28 ; croup, 11 ; affections puerpérales, 2 ; affections aiguës, 248 ; affections chroniques, 374 (dont 147 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 35 ; causes accidentelles, 30.

Du 28 *juin au* 5 *juillet*, 878 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 14 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 6 ; érysipèle, 2 ; bronchite aiguë, 31 ; pneumonie, 45 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 29 ; choléra infantile, 0 ;

choléra, 0; angine couenneuse, 31; croup, 17; affections puerpérales, 9; affections aiguës, 272; affections chroniques, 368 (dont 144 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 24; causes accidentelles, 26.

VARIÉTÉS

Le Courage médical.

—

On lit dans le *Scalpel :*

Quelle charmante profession que celle de médecin! s'écrie le vulgaire. Et tous de vouloir s'enrôler sous Esculape.

En vérité, une partie des praticiens, la moins nombreuse toutefois, roule en carrosse; ceux mêmes qui font pédestrement leurs visites, sont proprement vêtus et paraissent aussi vivre dans l'aisance; tous, enfin, sont généralement considérés et bien accueillis dans leur clientèle.

Que de fleurs et de roses sans épines, n'est-ce pas?

Eh bien, ce n'est pas nous qui voulons nous charger de dessiller les yeux à cette foule abusée et irréfléchie. Elle nous répondrait : « Vous êtes orfèvre, Monsieur Josse. » Sous le titre de : *Courage militaire et courage civique,* une feuille de la grande presse, le *Siècle,* s'est généreusement donné cette mission. Merci! cher confrère, au nom de nos lecteurs; ils vont savourer votre prose avec émotion :

« C'était pendant le siége de Paris, lorsque déjà était venu le « moment psychologique, » quand M. de Bismarck tournait de sa main sèche et froide les derniers feuillets du lugubre épisode... Ayant besoin de consulter pour l'un des miens un docteur qui était attaché à l'hôpital des..., je me dirigeai un matin vers ce lieu de misère, et j'entrai dans la grande salle dont le docteur que je cherchais était chef de service — c'était la salle affectée aux varioleux.

» Je fus suffoqué en poussant la porte; je faillis perdre connaissance : une odeur nauséabonde m'avait saisi à la gorge, une atmosphère pestilentielle m'avait enveloppé tout à coup et fait reculer instinctivement.

» J'avançai pourtant et allai vers la petite salle de garde où personne ne se trouvait encore, la visite n'étant pas terminée.

» En ce moment, par la croisée toute grande ouverte, — quoiqu'il fît très-froid, — m'arriva le grondement du canon et le pétillement de la mitraille. On se battait là-bas, on se battait avec rage; on tentait un suprême effort; on faisait un dernier sacrifice à la patrie expirante, à son honneur qui, Dieu merci, est resté sauf.

» Et, oubliant pourquoi j'étais là, durant quelques minutes je fus d'un cœur ému avec ceux qui livraient cette bataille dernière.

» Un bruit de pas qui se fit entendre derrière moi me tira de cette songerie douloureuse. Je me retournai : c'étaient les médecins qui revenaient de visiter leurs malades, leurs varioleux.

» Leurs varioleux! c'est-à-dire des victimes qui, à leur tour, sont devenues bourreaux! bourreaux impitoyables qui soufflent la mort autour d'eux, la donnent dans un serrement de main, la décrètent d'un mot qui sort de leurs lèvres empestées.

» Et, faisant un retour sur les pensées qui venaient de m'agiter en écoutant le bruit de la bataille, je me demandai qui était le plus digne d'admiration : ou de celui qui combattait là-bas, ou de celui qui combattait ici.

» Certes, il est beau de marcher au pas sans faiblesse, calme, le front haut au devant d'une batterie qui vomit la mitraille; il est beau de monter à l'assaut d'une forteresse, de charger un bataillon qui vous oppose un mur hérissé de pointes de fer, de courir en souriant au-devant du danger...

» Mais c'est le danger en plein air, aux yeux de tous, partagé avec mille autres, accompagné du bruit strident des trompettes et du sifflement agaçant des obus, avec l'odeur de la poudre qui enivre, avec la pensée de la vengeance qui surexcite : — On me tuera peut-être, mais avant tout je tuerai.

» Le champ de bataille du médecin, c'est le chevet triste, silencieux du malade; les bruits qu'il entend sont des râles d'agonie; l'atmosphère qu'il respire est nauséabonde. Son ennemi, il le sait près de lui, le guettant, mais il ne le voit pas; il n'a nul moyen de le combattre.

» Il dit, lui : Je serai tué peut-être, mais peut-être aussi sauverai-je!

» Au lieu d'être surexcité, enivré, il doit rester calme, maître de lui, en possession de toute son intelligence; il doit, faisant abnégation entière de lui-même, ne songer qu'à sauver de la mort celui-là qui peut-être va le frapper mortellement.

» Il faut au soldat le courage physique; au médecin il faut autre chose : il faut la puissance morale.

» On a beaucoup parlé — il n'y a pas longtemps encore — de la mort de Francis Garnier. Les journaux à images ont reproduit les traits du jeune héros, l'Académie des sciences a prononcé, en séance publique, son éloge; enfin, l'Assemblée nationale vient, par un décret, d'accorder une pension à sa veuve.

» J'applaudis, certes, et de tout cœur, à cette manifestation apologétique; je contre-signe des deux mains l'éloge fait à l'Académie des sciences; j'approuve la décision de l'Assemblée, car, plus que bien d'autres peut-être, j'admire la dernière page de la vie de Garnier.

» Mais je n'admire pas moins l'acte — que j'ai raconté à cette même place — du docteur Laval, allant chercher la mort au milieu des pestiférés d'Orient. Et de ce pauvre Laval, il n'a été question que dans quelques journaux. Point du tout à l'Académie de médecine, point du tout à l'Assemblée nationale. Lui aussi pourtant a laissé une veuve et un enfant!

» Et puis, pour le soldat, la bataille n'est heureusement pas éternelle. Sur le champ où, la veille, gisaient des cadavres, le lendemain la nature, reprenant ses droits, il pousse des fleurs.

» Pour le médecin, le combat dure toujours; il est sans trêve, comme il est sans merci, et presque chaque jour la contagion fait une victime parmi ceux qui veulent la combattre.

» Le mois dernier, j'ai tenu registre durant une semaine — UNE SEMAINE seulement — des médecins morts à leur champ d'honneur, et j'ai noté six noms; les voici :

» Le docteur Hugon, mort d'une fièvre typhoïde contractée en soignant un malade.

» Le docteur Mahier, mort à la suite des soins donnés à un enfant atteint de diphthérie.

» Le docteur Reynauld, mort dans les mêmes circonstances que le docteur Mahier.

» Le docteur Parot, mort à la suite des soins donnés à son confrère le docteur Reynauld.

« Enfin, deux étudiants en médecine, morts à la Charité : MM. de Moliner et Jordes.

» Et tous les jours c'est un nom nouveau à ajouter au martyrologe médical. Hier, c'était celui de M. le docteur Beauvais, mort de fièvre typhoïde contractée au lit d'un malade, aujourd'hui celui de M. E. Dubois, qui succombe pour la même cause à un érysipèle gangréneux!

» Cette dernière et triste nouvelle, qui vient de m'être apportée, m'a donné l'idée d'écrire cette chronique, un peu lugubre peut-être, mais qui est à la fois un hommage et, il me semble, un enseignement. »

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris.— Imp. Balitout, Questroy et Cie, 7, rue Baillif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 15. — 1er AOUT 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Service de M. le professeur HARDY.

§ 1. — Rhumatisme articulaire aigu. — Dégagement subit des articulations avec persistance de la fièvre. — Inflammation latente très-probable.

Un jeune homme, âgé de 25 ans et d'une bonne constitution, atteint de rhumatisme poly-articulaire, a vu, depuis deux jours, ses articulations se débarrasser tout à coup. Cependant la fièvre persiste. Le pouls est à 96. C'est là *la fièvre rhumatismale* des anciens. En pareils cas, il faut toujours se défier de quelque complication viscérale, ou craindre le retour des douleurs articulaires. Ici la respiration n'est pas gênée; il n'y rien dans le poumon ni dans la plèvre. Le premier bruit du cœur est un peu prolongé, mais il n'y a pas de souffle à proprement parler. Ce malade est sous la menace d'une endocardite, ou de toute autre inflammation actuellement à l'état latent. — Sulfate de quinine 0,50 à prendre dans la journée en trois fois.

§ 2. — Épanchement pleurétique ayant donné lieu à la dépression de la paroi thoracique.

Un malade, entré dans le service il y a deux mois, pour un épanchement pleurétique, présente un phénomène important, déjà signalé par Laennec, phénomène utile à connaître à cette phase ultime de la maladie. On trouve, à la partie postérieure droite du thorax, de la matité avec absence de murmure vésiculaire. La cavité pleurale contient-elle encore, ne contient-elle plus de liquide?

La réponse est facile. La collection a disparu. On relève, en effet, chez ce malade, un caractère qui ne saurait tromper. Les parois thoraciques sont déprimées et comme excavées. C'est là une conséquence de l'organisation et du retrait des fausses membranes. Ce malade éprouve, du reste, un sentiment de pression, de constriction thoracique, qui s'explique très-bien par la rétraction des brides pseudo-membraneuses.

§ 3. — Vertiges par anémie cérébrale, en rapport avec une insuffisance mitrale.

Le malade, âgé de 35 ans, est d'une bonne musculature. Il n'a aucune douleur, aucune faiblesse dans les jambes. Il se plaint de vertiges, et croit voir des mouches devant ses yeux. Il accuse des battements de cœur et de l'oppression durent l'ascension. Le pouls est régulier, mais il est petit et serré, ce qui pourrait autoriser à soupçonner un rétrécissement aortique.

Il y a un peu de voussure de la région précordiale. La pointe du cœur bat à 0,03 au-dessous du mamelon, dans le septième espace intercostal. Donc cet organe est un peu dilaté. A la main, on ne perçoit aucun frémisse-

ment thoracique. Les battements cardiaques sont peu énergiques. La matité s'étend un peu au-delà des limites normales. Elle est plus étendue en haut qu'en bas. A l'auscultation on perçoit, au premier temps, un bruit de souffle à la base et à la pointe, mais plus prononcé à ce dernier point. Il y a donc insuffisance mitrale, et, sans doute, un commencement de rétrécissement aortique.

Ainsi tout se trouve expliqué. Le sang, à chaque contraction cardiaque revenant en partie dans l'oreillette gauche, par le fait de l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires, le sang, disons-nous, n'est pas lancé vers le cerveau en proportions suffisantes; de là l'anémie cérébrale qui donne lieu à des vertiges.

Dans ce cas, on a pu s'en convaincre, l'auscultation a su corriger les notions inexactes fournies par les deux radiales, qu'il faut avoir toujours soin d'interroger tour à tour, dans la crainte d'une anomalie artérielle.

Prescription : Douze gouttes de teinture de digitale.

§ 4. — Fièvre tierce, d'origine paludéenne, à accès vesperiens.

La fièvre intermittente, dite *légitime*, est réputée d'ordinaire prendre le matin. On est porté à considérer comme illégitime ou épiphonoménale, une fièvre qui redouble le soir. L'heure de l'apparition du mouvement fébrile ne suffit pas pour fixer sur la nature de la fièvre. Un exemple en est fourni par le malade qui donne lieu à ces réflexions.

Cet homme est terrassier, et travaille dans un pays marécageux. Il a déjà eu des accès de fièvre palustre.

Dans ces derniers temps, il a été pris d'accès revenant tous les trois jours, le matin. Depuis qu'il est à l'hôpital, les retours fébriles ont lieu le soir. Sous l'influence de la quinine, la fièvre a diminué d'intensité. Hier, à l'heure où elle devait se reproduire, il en a été quitte pour un peu de mal de tête. Il a eu aussi une épistaxis.

Lorsque ce malade est entré à l'hôpital, la rate était grosse et très-facile à limiter. En ce moment, on a de la peine à la trouver, ce qui prouve qu'elle est revenue à ses dimensions normales.

Ce malade doit continuer encore quelque temps l'usage du sulfate de quinine. Sans cette précaution, il ne tarderait pas à voir ses accès fébriles se reproduire.

§ 5. — Chloro-anémie. — Névralgies diverses liées à l'aglobulie. — Préparations martiales, hydrothérapie, sirop de codéine.

Une jeune femme chloro-anémique, en outre des diverses manifestations de cet état particulier du sang, pâleur caractéristique, faiblesse musculaire, étourdissements, battements de cœur, etc., présente un phénomène qu'on n'a pas souvent occasion d'observer. Les veines des jambes sont comme marbrées, par le développement d'un lacis veineux. Cet état exceptionnel de la circulation superficielle est sous la dépendance d'une semi-paralysie des nerfs vaso-moteurs, sous l'influence desquels s'effectue la circulation capillaire.

Ce n'est pas tout. Cette malade souffre de diverses névralgies. Tantôt la douleur a pour siége la région temporale; tantôt elle se produit vers les nerfs intercostaux; tantôt, enfin, c'est l'estomac qui est entrepris. Il se produit, du côté de cet organe, des crampes persistantes et d'une grande intensité.

Ces diverses névropathies qui s'observent si souvent chez les chlorotiques, tiennent à la modification des nerfs sous l'influence de l'hypoglobulie. En parant à cette dyscrasie du sang, par là même, on met fin aux névralgies.

Pour faire cesser la gastralgie, on se trouve très-bien de l'usage de la *codéine*. Ce principe réussit mieux dans ces conditions que toutes les autres préparations opiacées.

Quant aux autres névralgies, on les combat avec avantage au moyen des injections hypodermiques.

Mais l'élément essentiel, et auquel se relient tous les autres épiphénomènes,

c'est l'aglobulie. La curation de cette affection entraîne, *ipso facto*, avons-nous dit, la disparition de toutes les manifestations morbides, qui n'en sont que l'expression objective. Le remède souverain qui lui est applicable, c'est le fer. Malheureusement, la plupart des préparations ferrugineuses sont mal supportées par l'estomac, toujours prêt à entrer en révolte. Il ne faut pas songer à recourir aux pilules, mais il est un médicament pour lequel le ventricule gastrique se montre assez tolérant: c'est la *teinture de mars tartarisé* (tartrate de fer). On la prescrit à la dose de 10 à 20 gouttes par jour, en deux fois, au moment du déjeuner et du dîner.

Les *eaux ferrugineuses* sont aussi très-bien digérées. On peut avoir recours à l'eau de Passy, à celle d'Orezza, etc. Cette médication doit être continuée longtemps.

Il est aussi un agent thérapeutique qui rend de grands services, surtout chez les malades qui se trouvent mal de l'emploi des ferrugineux. Nous voulons parler de la *douche froide* en jet. C'est un agent reconstituant par excellence.

Notre malade est soumise à la fois à la teinture martiale, à la douche froide et au sirop de codéine, dont elle prend une cuillère à café une demi-heure avant chaque repas.

(*A suivre.*) Dr E. PICART.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Service de M. DE SAINT-GERMAIN.

§1.—Périostite phlegmoneuse traumatique. — Incisions multiples. — Drainage.

Un jeune garçon, âgé de 8 ans, a reçu, il y a 16 jours, un coup de pied de cheval à la jambe gauche. Il s'est formé un vaste abcès, qui a nécessité cinq longues incisions. On a constaté la dénudation du tibia et un décollement assez étendu du périoste. Grâce à ces larges ouvertures, le pus a trouvé un facile écoulement, condition qui a permis d'éviter les conséquences de la résorption purulente. Aussi l'état général de ce malade est-il resté satisfaisant. Voulant donner à la suppuration un écoulement facile, M. de Saint-Germain juge convenable de poser un drain à la partie antérieure de l'organe. A cet effet, une sonde cannelée est engagée, avec quelque peine, au-dessous d'un point cutané assez étendu, séparant deux incisions correspondant à la partie moyenne du bord interne du tibia. Sur cette sonde, le chirurgien fait glisser un stylet aiguillé, dont le chas est muni d'un tube à drainage. La sonde cannelée est alors retirée, puis le drain est entraîné au moyen du stylet. Comme dernier temps de l'opération, les deux extrémités du tube de caoutchouc sont réunies, formant ainsi un large anneau, au moyen de quelques tours de fil.

§2.—Appareil très-simple pour la coxalgie.

Au n° 25 est couché un petit malade atteint de coxalgie. L'immobilité de l'organe est obtenue au moyen d'un appareil très-simple. La partie correspondante du bassin, la cuisse et la jambe sont recouvertes d'une épaisse couche d'ouate. Le pied reste entièrement à découvert. Une longue attelle s'étend de la malléole externe le long du membre inférieur, jusqu'aux côtes. Une seconde attelle, antérieure, est posée en avant du membre, remontant jusqu'à la région épigastrique. Cette dernière a pour effet d'empêcher toute flexion de la cuisse, et de mettre le petit malade dans l'impossibilité de s'asseoir. Ces attelles sont maintenues au moyen de bandelettes imbriquées, imbibées de silicate de potasse, constituant un bandage inamovible.

§ 3. — Synovite fongueuse péri-malléolaire. — Cautérisation ponctuée, effectuée à l'aide du thermo-cautère. — La chloroformisation *par sidération.*

Une enfant, âgée de six ans, est atteinte de synovite fongueuse occupant

toute la région péri-malléolaire externe du pied droit. M. de Saint-Germain effectue, à l'aide du thermo-cautère, une cinquantaine de ponctuations ignées. Cet instrument convient parfaitement pour la pratique de cette petite opération qui, par un tel mode, s'exécute avec autant de simplicité que de rapidité.

La façon dont M. de Saint-Germain procède à la *chloroformisation* mérite une mention toute spéciale.

On sait que les arguments persuasifs échouent complètement chez les enfants. C'est en vain, également, qu'on leur donnerait le conseil de respirer lentement et profondément les vapeurs anesthésiques. Pour éviter une grande perte de temps, des cris sans fin et de longues émotions pour les petits patients, M. de Saint-Germain procède *ex abrupto*. Il fait maintenir fortement l'enfant, jette du chloroforme sur la partie inférieure d'une longue compresse, avec laquelle il recouvre entièrement le visage, sans avoir crainte d'étouffer l'opéré. Au bout de quelques secondes, l'agitation se calme comme par magie, et l'on entend une sorte de ronflement, tenant à la paralysie anesthésique du voile du palais. Pendant la chloroformisation, M. de Saint-Germain ne se préoccupe pas du pouls. Il découvre l'épigastre, et se contente de surveiller la respiration. Il faut savoir, cependant, que les enfants peuvent rester 30 à 45 secondes sans reprendre haleine. Il ne faut donc pas trop se préoccuper de cette sorte d'apnée, du reste de très-courte durée, en raison de la rapidité des effets du chloroforme, administré selon un tel mode.

Cette manière de procéder, que l'habile chirurgien a mis aussi un grand nombre de fois en usage chez les adultes, présente un avantage qui n'est pas à dédaigner dans la pratique urbaine. Chacun connaît la loquacité de la plupart des sujets soumis à l'action des vapeurs chloroformiques. Ils sont portés à prononcer des phrases, des mots, des noms, à tort ou à raison, de la nature la plus compromettante. Administré par la méthode d'étouffement ou d'asphyxie, le *chloroforme est muet*.

Un autre avantage de ce mode de procéder, c'est le prompt réveil des malades, qui n'ont eu le temps d'inspirer que de faibles proportions des vapeurs anesthésiques.

Pour obtenir un réveil immédiat, M. de Saint-Germain a recours à l'alapation. Quelques tapes sur les joues, soit avec la main, soit au moyen de linges mouillés, et les malades sortent du sommeil anesthésique.

L'habile chirurgien ne procède jamais différemment chez les enfants. Il n'a jamais retiré que des avantages de ce mode de faire. Il fait du reste remarquer qu'en Angleterre et en Amérique les chirurgiens sont beaucoup moins timides que nous dans l'administration du chloroforme.

§ 4. — Attrition considérable de la jambe et de la cuisse. — Pansement par occlusion.

Il y a cinq jours, une enfant, âgée de sept ans, a eu la jambe gauche prise sous la roue d'une voiture. Il en est résulté une attrition énorme, s'étendant de la partie supérieure de la cuisse à la partie moyenne de la jambe. La vaste plaie qui en résulte est vraiment effrayante à voir.

M. de Saint-Germain a eu tout d'abord recours à la méthode par occlusion, qu'il a appliquée ainsi qu'il suit :

Des bandelettes de sparadrap, imbriquées les unes sur les autres, ont été posées sur le membre, de manière à recouvrir complétement l'énorme plaie. Sur cette véritable cuirasse, il a été étendu une couche de cérat, destiné à rendre plus difficile l'accès de l'air, en rendant l'occlusion plus parfaite. Une épaisse couche d'ouate a été posée sur la cuirasse, puis le membre a été placé dans une gouttière, pourvue d'une toile cirée, qui a complété l'enveloppement de l'organe.

Ce matin, ce premier pansement a été enlevé. M. de Saint-Germain a trouvé la plaie sensiblement détergée.

L'état général du petit malade est satisfaisant.

Le second pansement a été constitué de la façon suivante :

Une douzaine de compresses longuettes, destinées à constituer un bandage de Scultet, ont été déposées sur le lit, audessous du membre tenu soulevé. Ce dernier, dans sa totalité, a été recouvert avec une très-grande quantité de charpie imbibée d'eau alcoolisée (eau et alcool par quantités égales). Pour maintenir le pansement, les compresses longuettes ont été imbriquées les unes sur les autres. Puis, le membre a été déposé dans une gouttière munie comme ci-dessus d'une toile cirée, recouvrant le reste de l'appareil. En raison des chaleurs, ce pansement sera renouvelé tous les jours.

Cette petite malade guérira ; mais on ne sait encore quel sera, par rapport au mouvement de flexion de la jambe, le rôle qu'exercera la cicatice étendue, qui aura infailliblement pour siége la région pré-rotulienne.

§ 5. — Tumeur pré-lacrymale de nature inconnue. — Ouverture à l'aide du thermo-cautère. (*Kyste albumineux enflammé*).

Une enfant, âgée de huit ans, porte à la région palpébrale, un peu en dehors du siége ordinaire de la tumeur lacrymale, une tumeur grosse comme une petite aveline rouge, et semblant près de s'abcéder. S'agit-il d'un abcès inflammatoire simple? La collection est-elle la conséquence d'une nécrose? M. de Saint-Germain s'arme du thermo-cautère et pratique une ponction qui donne issue à un liquide albumineux épais, tendant à la purulence. Prenant en main un stylet, le chirurgien explore la profondeur de la plaie, et s'assure qu'il ne s'est produit aucune dénudation osseuse. Il s'est donc agi simplement d'un kyste albumineux enflammé, développé dans l'épaisseur de la paupière inférieure, au voisinage du sac lacrymal. Le produit kystique évacué, la cavité a été simplement cautérisée avec un crayon de nitrate d'argent.

§ 6. — Section de trois tendons d'Achille.

M. de Saint-Germain opère deux enfants atteints de pieds-bots. L'un de ces enfants est porteur d'une double infirmité. Cette opération s'exécute avec une grande rapidité. A cet effet, M. de Saint-Germain se sert indifféremment du ténotome aigu ou mousse, Avec le premier de ces instruments, la section se fait *en un seul temps*. La lame du bistouri est engagée à plat au-dessous du tendon, préalablement tendu par la flexion du pied sur la jambe, effectuée par la main gauche du chirurgien. La lame, introduite à la profondeur voulue, est retournée sur le champ, le tranchant en haut. Il suffit alors d'une pression bien ménagée sur le manche du ténotome, pression combinée avec la tension de la corde tendineuse, effectuée par la flexion du pied, et l'on entend un bruit sec assez fort, annonçant la section du tendon.

Ce procédé est très-expéditif ; mais, pour le mettre en pratique, il faut que le chirurgien soit très-sûr de sa main ; une impulsion mal calculée, une pression trop énergique, auraient pour fâcheuse conséquence d'opérer une section plus ou moins étendue de la peau, ce qu'il importe particulièrement d'éviter, le but que l'on se propose étant, bien au contraire, ainsi du reste que l'indique le nom même de la méthode (méthode sous-cutanée), de prévenir toute entrée de l'air dans la plaie.

L'opération *en deux temps* est d'une exécution moins rapide, moins brillante ; mais, par compensation, elle est aussi plus sûre.

Elle consiste à faire une petite incision cutanée, au moyen d'un ténotome à lame pointue. Au travers de cette ouverture, on engage à plat la lame d'un ténotome à extrémité mousse. Le bord opposé du tendon à sectionner une fois dépassé, on fait exécuter à la lame un mouvement de rotation d'un quart de cercle, qui ramène le fil de l'instrument contre le tendon, qu'on tranche par une pression sur le manche de l'instrument,

combinée avec un mouvement de flexion du pied sur la jambe.

M. de Saint-Germain, qu'une pratique spéciale étendue a familiarisé avec l'emploi du ténotome, a recours indifféremment à l'un ou à l'autre mode opératoire. C'est, toutefois, le second qu'il conseille à tous les praticiens qui ont quelque raison de se défier de la sûreté de leur main.

Quand il lui est donné de suivre de près ses petits opérés, M. de Saint-Germain ne leur pose aucun appareil contentif dans les premiers moments consécutifs à l'opération. Il se borne à jeter sur l'organe un simple bandage de l'étrier. Pendant huit jours, il opère des manipulations destinées à prévenir le recollement des extrémités des tendons, et à faire recouvrer aux articulations leurs mouvements physiologiques. Ce n'est qu'après avoir pris ces sages précautions, qu'il se décide à appliquer un appareil.

Il attribue bon nombre de récidives à l'application immédiate du bandage platré.

M. de Saint-Germain ne pratique pas la ténotomie au-dessous d'un an. Les manipulations réitérées, l'action d'un simple tuteur, suffisent presque toujours pour assurer le redressement de l'organe.

(*A suivre.*). Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

—

Des lavements de vessie, ou des injections intra-vésicales directes par le canal de l'urèthre, chez l'homme, par le Dr Bertholle.

La note insérée dans le numéro du 1er juillet dernier de la *Revue* (p. 355), et ayant pour titre : *Des injections intra-vésicales, sans cathétérisme,* nous a vallu la visite de M. le Dr Bertholle, qui a bien voulu nous faire don d'une brochure consacrée au même sujet, dont il a longuement traité dans la *Gazette hebdomadaire*. C'est pour répondre au vœu qui nous a été exprimé par cet honorable confrère, que nous croyons bon de reproduire les points les plus saillants de ce travail, qui vient à point pour compléter la note succincte de M. Duchaussoy. Comme toujours, nous nous attacherons surtout au côté pratique de la question, qui doit, avant toutes choses, nous préoccuper.

M. Bertholle rappelle, ainsi qu'il suit, les circonstances qui lui ont suggéré l'idée d'utiliser une pratique qui, pour n'être pas devenue classique, n'en a pas moins dû être mise en œuvre plus d'une fois, par le passé, dans les mêmes circonstances.

C'est, dit M. Bertholle, après avoir employé sur moi-même, pendant plus de dix-huit mois, cette méthode d'injection directe dans la vessie par l'urèthre, que je me décide à livrer à la publicité le résultat de mon expérimentation. Je chercherai d'autant moins à établir ma priorité dans la question, que je dois au hasard la connaissance de cette méthode.

Je donnais des soins à un ancien chirurgien de marine, qui, affecté de la pierre, avait imaginé de se faire des injections d'eau tiède par le canal; et il calmait ainsi ses douleurs, lorsqu'elles étaient trop violentes. Il voulut bien répéter l'expérience devant moi et je fus surpris de la facilité avec laquelle l'eau arrivait dans la vessie.

J'étais moi-même tourmenté, depuis plusieurs années, par une contracture de la portion membraneuse et du col de la vessie dont les accès revenaient à la moindre fatigue et au moindre écart de régime. Les souffrances que me faisait endurer cette cruelle affection m'avaient même forcé de quitter la plus grande partie de ma clientèle. Plusieurs chirurgiens distingués m'avaient successivement examiné et sondé; il résultait de leurs investigations que ce spasme était dû à une inflammation chronique des parties profondes de l'urèthre et consécutivement du col de la vessie et de la prostate.

Le cathétérisme était douloureux, mais facile même avec des sondes

métalliques de 7 à 8 millimètres. La maladie était principalement caractérisée par de la dysurie et surtout par une sensation pénible de contracture au périnée et à l'anus, qui s'exaspérait par la marche, la station debout et la trépidation de la voiture. En même temps, les urines devenaient muqueuses et prenaient souvent une odeur ammoniacale, résultant d'une évacuation incomplète de la vessie. J'avais employé sans succès contre ces accidents des médications diverses; seul, le passage des bougies en étain calmait le spasme. j'y avais donc recours assez régulièrement et j'étais arrivé à introduire des bougies de 8 à 9 millimètres avec facilité et sans douleur. Mais ce cathétérisme me laissait toujours une irritation consécutive du col de la vessie, et il m'avait causé des orchites répétées.

Enfin, je me décidai à faire des injections avec la sonde métallique à double courant; ces lavages me procuraient du soulagement, néanmoins je souffrais ensuite de l'irritation produite par la présence de la sonde. Je rêvais déjà, dès ce moment, au moyen de supprimer cet inconvénient; mais je ne croyais pas encore à la possibilité de l'injection de l'eau par le canal jusque dans la vessie. L'expérience faite devant moi fut un trait de lumière, et je n'hésitai pas à la répéter immédiatement. Je réussis facilement dès la première tentative, et j'en éprouvai un soulagement manifeste. Aussi je pris la résolution de faire ces injections d'une façon régulière, principalement le soir avant le coucher. Surtout, je n'hésitais pas à y avoir recours dès qu'un spasme périnéal se produisait. L'eau tiède, ainsi injectée, calmait instantanément la douleur, et j'éprouvais une détente accompagnée d'une sensation locale de bien-être.

Cette méthode de traitement, employée pendant plus d'une année. éloigna peu à peu les accès, qui n'apparaissent plus qu'à de longs intervalles sous l'influence de causes exceptionnelles. La miction est aussi devenue plus facile : ce qui s'explique par la diminution de l'inflammation locale et de la contracture symptomatique et aussi par la dilatation résultant de la pression répétée de l'eau sur le canal de l'urèthre.

Méthode. — L'expérience, que mon client avait répétée en ma présence, avait été faite avec un irrigateur ordinaire et la simple canule en os pour lavement. Voici le *modus faciendi* auquel le fréquent usage de ces injections m'a fait donner la préférence. J'emploie aussi l'irrigateur Eguisier, muni d'une canule en gomme, comme les canules dont on se sert pour lavements, percée à une extrémité et terminée à l'autre par un pavillon destiné à l'adapter au cordon. Sa longueur est de 12 à 14 centimètres; son épaisseur de 6 millimètres environ. Je la préfère de ce calibre, afin que l'eau qui s'échappe de son orifice, arrive avec un jet plus volumineux pour forcer l'entrée de la portion membraneuse.

Cette instrumentation est des plus simples; cependant elle présente un inconvénient pour le malade qui opère seul. Le robinet de l'irrigateur est trop loin de la main droite, qui est obligée de quitter le cordon pour l'ouvrir, comme on le verra plus loin. Dans ce mouvement, le cordon n'étant plus soutenu, devient flottant et, par son poids, entraîne souvent hors de l'urèthre la canule retenue seulement par les doigts de la main gauche. Aussi j'ai introduit les modifications suivantes :

J'adapte au cordon de l'irrigateur un ajutage qui, d'un côté, se visse sur ce cordon et, de l'autre, s'adapte à la canule. Le robinet se trouve au milieu de l'ajutage; de cette façon, je maintiens ouvert le robinet de l'irrigateur et je ne me sers que du robinet de l'ajutage, soit pour ouvrir, soit pour fermer. L'appareil étant ainsi constitué, le robinet se trouve près de la canule et la main droite n'est pas obligée de quitter le cordon pour manœuvrer le robinet de l'irrigateur. Ce temps de l'o-

pération se fait sans déplacement, avec rapidité et avec facilité.

L'instrumentation connue, il est important de décrire la position qui m'a semblé plus favorable à la pénétration de l'eau dans la vessie.

Le malade s'asseoit sur un tapis ou sur un coussin peu élevé, le dos appuyé contre un mur ou un meuble, les cuisses écartées et les jambes fléchies sur les cuisses avec les genoux en dehors et les pieds en dedans. Cette position est à peu près celle qu'on donne au patient pour l'opération de la taille ou bien à la femme qu'on veut soumettre à l'examen du spéculum. Une cuvette est placée sous la verge, de façon à recevoir l'eau qui peut échapper ou refluer par surprise. L'irrigateur, rempli d'eau tiède, est mis à portée de la main droite, après avoir été remonté; il peut être situé sur le même plan que le malade, mais il est plus commode de le poser sur un meuble un peu élevé. La canule, munie de son ajutage, est alors adaptée au cordon, et je l'introduis dans l'urèthre, jusqu'à ce que le pavillon vienne butter contre le méat. Alors, avec les doigts de la main gauche, je saisis et je comprime la canule à travers l'urèthre, de façon à empêcher le retour de l'eau entre ses parois et cette canule. Aussitôt j'ouvre le robinet, le liquide se précipite, gonfle le canal, et, si la pression digitale est maintenue, passe à travers la portion membraneuse et le col pour arriver dans la vessie. Le premier jet éprouve quelquefois une certaine résistance à l'entrée de la portion membraneuse, ainsi qu'on pouvait le prévoir à cause de la contraction instinctive du sphincter uréthral; mais cette résistance est de courte durée et ne se manifeste que par une légère sensation de pincement, produite sans doute par la distension forcée des fibres musculaires. Le plus souvent, l'eau chemine le long de l'urèthre sans déterminer aucune douleur; le malade n'a même pas conscience de son passage, et sa présence dans la vessie n'est accusée que par le besoin d'uriner, qui annonce la réplétion de la cavité. C'est, en effet, le signal qui indique le moment précis où il faut fermer le robinet et suspendre l'injection.

La canule retirée de l'urèthre, on peut facilement résister à l'envie d'uriner et garder l'eau injectée un temps plus ou moins long, si la vessie n'est pas trop pleine; ou bien on peut la rendre immédiatement. Pour cela, mieux est de reprendre la position que chacun trouve la plus commode pour uriner. Le liquide rendu est incolore et transparent comme l'eau, si la vessie ne contenait que peu d'urine. C'est pourquoi je conseille de ne faire l'injection qu'après avoir uriné et vidé la vessie le mieux possible, afin que l'eau qui arrivera dans cette cavité soit moins mélangée à l'urine, et que, par conséquent, le lavage soit plus complet.

La quantité d'eau qu'on peut injecter dépend de la capacité de la vessie, de sa vacuité et de sa susceptibilité. Cette question est d'ailleurs purement théorique, puisqu'il est prudent de s'arrêter dès que l'envie d'uriner se fait sentir. La capacité moyenne de la vessie chez l'adulte peut être évaluée de 500 à 600 centimètres cubes: elle est assez grande pour permettre à ce réservoir de contenir facilement un demi-litre de liquide (Sappey, *loc. cit.*). Je pense donc qu'à moins d'une susceptibilité exceptionnelle de cet organe, on pourra toujours injecter 300 à 500 gr. d'eau.

Convient-il de répéter immédiatement l'injection lorque la première est rendue? La chose est facile et je l'ai fait plusieurs fois; néanmoins, je suis d'avis qu'il faut fatiguer le moins possible le col et la vessie. Aussi je pose en règle générale qu'un seul lavage, à moins d'une indication spéciale, suffira pour délayer l'urine stagnante et lui enlever ses caractères irritants.

A quelle heure de la journée vaut-il mieux faire le lavage de la vessie? Il convient de le faire lorsqu'on peut prendre un repos absolu après cette

opération. Car, quelque légère que soit l'irritation causée par le passage et la présence de l'eau, il n'en est pas moins vrai qu'il est préférable de se garder de toute fatigue, de la marche et même de la station debout dans les heures suivantes. Aussi, je conseille, comme étant le plus propice, le moment qui précède le coucher, parce que le repos de la nuit et surtout le décubitus dorsal calmeront la surexcitation, qui pourrait exister dans la muqueuse urétrale.

L'eau qu'on devra injecter sera généralement employée tiède, surtout au début du traitement, et sa température ne dépassera pas celle du corps. L'eau tiède aura une action plus sédative sur la muqueuse de la vessie et elle lavera mieux sa surface. On pourra d'ailleurs abaisser progressivement cette température et même arriver à injecter de l'eau froide si l'on veut stimuler en même temps la contraction de la vessie rendue inerte par la maladie.

(*A suivre.*)

Croup. — Trachéotomie. — Le bistouri et le thermo-cautère. — Absence de catarrhe consécutif. — Bruit de scie de la pierre. — Pronostic fatal, à très courte échéance.

Nous voyons, dans le service de M. Archambault, une petite fille âgée de dix-huit mois, à laquelle l'éminent praticien a pratiqué la veille l'opération de la trachéotomie, motivée par l'axphyxie croupale.

Cette opération a été faite par la méthode ordinaire, c'est-à-dire au moyen du bistouri. M. Archambault n'est pas partisan du thermo-cautère qui, en pareil cas, vise à parer à un accident qui n'a rien de redoutable : l'hémorrhagie. Cette complication opératoire n'expose pas la vie du malade. Elle n'a pour effet que d'intimider le chirurgien. Le sang venant toujours par la partie inférieure de la plaie, pour le réprimer, quand il y a lieu, il n'y a rien autre chose à faire que de placer, sur la partie qui fournit le sang, quelques fragments d'agaric. Cette digue est parfaitement suffisante pour opposer une digue à l'hémorrhagie. La compression par la canule fait le reste. Le tout, encore une fois, c'est que l'opérateur ne se trouble pas pour un danger, en somme, peu redoutable.

Cette enfant présente un symptôme des plus alarmants : c'est une sorte de cornage trachéal à chaque temps de la respiration, bruit strident qui s'entend à une assez grande distance. Cette respiration sifflante avait reçu de Trousseau une dénomination très-caractéristique. Il disait que ces malades *scient la pierre*. Ils scient la pierre pour leur tombeau, ajoute M. Archambault. En effet, ce signe est infaillible ; il annonce la mort à très-courte échéance.

A la suite de l'opération de la trachéotomie, quand il n'y a pas de catarrhe, et tel est le cas de cette enfant, il n'y a pas de guérison. Du reste, M. Archambault a fait un relevé des opérations de trachéotomie pratiquées pendant dix ans à l'hôpital Sainte-Eugénie, sur des enfants âgés de moins de deux ans. On n'est pas arrivé à sauver un petit malade sur cent.

Le bruit de scie traduit une pneumonie toute spéciale, qui tue fatalement en vingt-quatre heures. On n'en perçoit pas toujours les signes à l'auscultation ; mais elle n'en existe pas moins. On la recherche en vain à l'oreille chez cette enfant. Cependant M. Archambault, qui ne s'y est jamais trompé, ne craint pas de s'avancer à la légère en annonçant que le lendemain elle aura cessé d'exister.

F. Delannoix.

POLICLINIQUE OBSTÉTRICALE

—

Hydropisie de l'amnios. — Insuffisance mitrale. — Hydrorganies diverses. — Albuminurie. — Menaces de suffocation. — Incitation difficile du tra-

vail, à 8 mois de terme. — Eclampsie puerpérale. — Délivrance artificielle rapide.

Mme X..., âgée de 41 ans, est mariée depuis 5 ans. Le début de cette grossesse, qui est la première, a donné lieu à de grandes incertitudes. Depuis deux ans, cette dame a pris de l'embonpoint. L'haleine est devenue courte, sous l'influence de la marche rapide et de l'ascension. Les règles, très-régulières jusqu'à ce moment, ont manqué en juin et juillet 1876, pour faire retour en août et septembre. Depuis cette dernière époque, la menstruation a fait complétement défaut.

Mettant l'aménorrhée sur le compte de l'âge critique, Mme X... ne donna d'abord aucune attention à son état. Etonnée et inquiète, enfin, du développement que prenait l'abdomen, elle se décida à consulter deux honorables confrères, qui lui donnèrent des soins, en janvier et février derniers. Mettant en doute l'existence d'une grossesse, tous deux inclinèrent à admettre un kyste de l'ovaire.

Ce fut dans ces conditions que je fus appelé moi-même à donner mon avis, le 5 mars.

Ce qui me frappa, tout d'abord, ce fut la teinte cyanosée des lèvres de Mme X..., et la dyspnée manifeste à laquelle elle était en proie. J'en trouvai aussitôt l'explication, en pratiquant l'auscultation du cœur. Je perçus, à la pointe de cet organe, un souffle assez intense, traduisant une insuffisance mitrale.

Cette dyspnée pouvait aussi tenir, pour une part, à une autre cause. Le développement de l'abdomen semblait en rapport avec une grossesse à terme.

L'aspect globuleux du ventre, la constatation de la ligne brune, me portèrent, au premier coup d'œil, à porter un diagnostic différent de celui qui avait été posé avant moi. Je crus à une grossesse parvenue au terme de 6 à 7 mois.

Deux circontances étaient de nature à tenir l'esprit en suspens : la fluctuation était des plus aisées à obtenir, au moyen de simples chiquenaudes; les bruits du cœur de l'enfant étaient imperceptibles. D'un autre côté, la forme globuleuse et symétrique de l'abdomen, la situation du col occupant la ligne médiane du bassin, les chocs fœtaux, surtout, très-clairement perçus à l'auscultation, ne pouvaient laisser aucun doute sur la situation de Mme X.... J'annonçai donc une grossesse de 6 à 7 mois, avec complication d'hydramnios.

A partir de ce moment, j'ai continué à donner des soins à la malade, dont l'état s'aggrava de jour en jour. J'eus bientôt à noter l'infiltration des joues, des mains et des membres inférieurs. La teinte cyanosée des lèvres se prononça davantage; la respiration devint précipitée. L'examen de l'urine, confiée à un pharmacien, à la fin du mois de mars, n'y décela aucune trace d'albumine.

Le 16 avril, il me fut donné, pour la première fois, de percevoir très-nettement les bruits du cœur du fœtus. Par contre, la fluctuation abdominale avait cessé d'être perceptible.

Cependant les accidents prenaient une marche de plus en plus inquiétante. La dyspnée avait dégénéré en orthopnée. Au cortége symptomatique, déjà si alarmant, étaient venues se surajouter des vomituritions continuelles des plus douloureuses.

Cet état me parut assez grave pour agiter, devant la famille, la question de l'accouchement prématuré artificiel. L'urgence d'une intervention ayant été reconnue, le 22 avril, je soumis la malade à l'administration des douches utéro-vaginales.

On me demandera peut-être la raison qui me fit accorder la préférence à la méthode de Kivisch, au préjudice du ballon hydrostatique, mode d'incitation pour lequel j'ai une prédilection bien justifiée? Cette raison est bien simple : Mme X... était en proie à une suffocation des plus pénibles, en partie causée par l'énorme développement du ventre. L'emploi du ballon n'eût fait qu'ac-

croître encore l'obstacle mécanique apporté à l'accomplissement des fonctions de l'hématose.

N'obtenant aucun bon effet local des douches, la position de la malade m'inspirant des inquiétudes de plus en plus vives, je demandai en consultation un honorable confrère, le Dr Thierry-Mieg, qui se rendit à mon appel le 22 avril. Ce jour-là, il y avait un peu de rémission dans les accidents. Il fut convenu entre nous que les grands moyens ne seraient mis en usage qu'autant que les symptômes prendraient de nouveau une allure menaçante.

Selon mes prévisions, cet amendement fut de courte durée. Dès le soir même, l'orthopnée se déclara plus intense que jamais. Les mains étaient enflées à pleine peau ; le visage était bouffi, les lèvres violettes, les membres inférieurs sensiblement infiltrés. Il y avait un œdème notable des poumons.

Analysées de nouveau, les urines furent trouvées chargées au maximum d'albumine.

Ce n'est pas tout : je pus relever un symptôme subjectif qui m'inspira les craintes les plus sérieuses. La malade accusait une céphalalgie accompagnée de quelque troubles visuels. Des couvulsions éclamptiques n'étaient-elles pas à redouter ?

Dans l'intérêt des deux existences menacées, il me parut urgent d'intervenir activement et au plus vite.

Renonçant à la méthode de Kivisch, qui s'était montrée complètement infructueuse, le 6 mai, à 10 heures du matin, je posai à grand'peine, dans l'orifice cervical, un petit cône d'éponge préparée, que je maintins au moyen d'un tampon d'ouate.

A 5 heures du soir, je retirai cet agent de dilatation, considérablement augmenté de volume. Le col se referma aussitôt. Espérant obtenir un effet plus marqué, en agissant sur l'orifice cervical supérieur, je substituai à l'éponge une tige de laminaire de 0,055 de longueur, que je fis pénétrer entièrement dans le cervix.

Le lendemain matin, je retirai le corps dilatant quadruplé de volume ; mais, encore une fois, après son retrait, le col se referma comme ci-devant. Ce ne fut qu'avec peine que je pus introduire dans l'orifice une autre petite éponge, que je laissai en place pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain, 8 mai, à 9 heures du matin, je retirai l'agent de dilatation. Son résultat, encore une fois, avait été absolument nul. Le col n'avait subi aucun effacement.

L'état de la malade était devenu de plus en plus alarmant. Chacun, autour d'elle, perdait la tête. On poussait même l'injustice jusqu'à m'accuser de lenteur, pour ne pas dire davantage, et à me faire entrevoir l'imminence d'un congé.

Je dus me décider à un parti suprême. Je résolus de faire une application de la méthode de Puzos.

Je m'armai d'une sonde en gomme élastique, et j'en fis pénétrer le bec au sein de l'utérus, en vue d'effectuer la perforation des membranes. Cet effet ne fut obtenu qu'après l'engagement d'un tiers à peu près de la longueur de la sonde dans la cavité utérine. Ce ne fut qu'à ce moment que l'eau de l'amnios commença à jaillir au travers du pavillon de l'algalie.

J'aurais pu évacuer le liquide dans sa totalité ; mais, craignant pour la vie de l'enfant, je me bornai à en soustraire un litre ; puis je retirai la sonde.

A partir de ce moment, comme la rupture des membranes avait été opérée en un point assez éloigné de l'orifice cervical, tout écoulement de liquide fut suspendu.

Cette déplétion de l'utérus donna lieu à une détente très-marquée. Les vomissements glaireux, incessants depuis quelques jours, cessèrent de se produire. La respiration devint plus facile.

Le soir même, à 5 heures, le travail n'ayant aucune tendance à s'établir, je résolus de recourir au procédé de Krause, qui, d'ordinaire, détermine des contractions au bout de huit ou dix heures.

J'engageai donc une sonde en gomme

dans presque toute sa longueur, dans la cavité de l'utérus, avec l'intention de l'y laisser à demeure, espérant que sa présence ferait naître les douleurs. L'algalie ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang noir, preuve évidente que son extrémité avait dû pénétrer dans le parenchyme placentaire.

Je n'étais pas sans quelque inquiétude sur la production possible d'une hémorrhagie interne. Mais qu'y faire? Il ne me restait plus qu'à attendre.

(*A suivre,*) Dr HAMON.

GYNÉCOLOGIE.

—

Rétroversion ancienne avec léger prolapsus.

Opération par la ténotomie utéro-vaginale ignée; guérison.

Par le docteur ABRIEUX,
ancien médecin de l'hôpital du Roule.

Mme C..., rue Rochechouart, 25 ans, bonne constitution, a eu une grossesse avec accouchement à terme, il y a six ans.

Il y a trois ans, nouvelle grossesse terminée par un avortement à trois mois, par suite de fatigues excessives.

Levée le quatrième jour après avortement, elle a eu, depuis, sa santé compromise et n'a pu se rétablir: elle a eu des métrorrhagies et des ménorrhagies qui ont entraîné l'anémie. Il y aurait eu, au dire de la malade, des douleurs vives dans le bas-ventre avant et pendant l'hémorrhagie post-puerpérale, et, chaque époque aurait eu ensuite une abondance et une durée insolites. Une fois passés les accidents aigus qui ont duré trois mois en tenant la malade au lit, il est resté des souffrances sourdes, mais prenant de l'acuité à chaque époque menstruelle. Ces douleurs siégeaient principalement au bas des reins, s'irradiant dans les aines et parfois dans le bas-ventre.

Une leucorrhée plus ou moins abondante a persisté dans l'intervalle des époques. Des troubles fonctionnels, dyspepsie, névralgie frontale ou fronto-temporale, parfois névralgie intercostale unilatérale ont, tour à tour ou simultanément, assailli la malade. La dyspepsie a toujours persisté. Il y a constipation permanente. Les jambes se sont affaiblies graduellement, à tel point que la marche est devenue pénible et le travail actif impossible. A tous ces phénomènes sont venues se joindre des palpitations à la moindre émotion ou à l'ascension.

Mme C... a été soignée à peu près constamment depuis trois ans, d'abord par son médecin ordinaire, puis par un spécialiste. Le repos prolongé, les injections émollientes, les cautérisations, les sachets, etc., tout a été vainement employé. Sa position actuelle est encore aussi mauvaise, et, comme elle est à la tête d'une maison de commerce, elle veut se guérir à tout prix.

Après examen complet, nous constatons une rétroversion avec un léger prolapsus, avec engorgement de la face postérieure du col, une large érosion du museau de tanche, résultant du frottement de cette partie sur la paroi vaginale postérieure. Il y a phlegmasie catarrhale chronique de la partie cervicale de l'utérus et, peut-être, d'une partie de la cavité utérine. Que cette phlegmasie soit la conséquence d'une endo-métrite aiguë consécutive à l'avortement, qui serait passée à l'état chronique en déterminant l'engorgement et la rétroversion, ou qu'elle soit consécutive à la rétroversion et à l'engorgement hyperplasique qui, succédant à un défaut de regression ou à la sub-involution des anglais, aurait, conjointement avec ce dernier fait pathologique, entraîné la rétroversion, peu importe, l'opération est décidée.

Mon fabricant d'instruments, M. Aubry, à qui je fais exécuter des modifications fréquentes dans mes appareils, m'a témoigné souvent le désir de me voir opérer, pour se faire une idée plus précise des modifications à exécuter.

Ce n'est pas chose facile d'introduire un étranger, surtout un étranger qui

n'est pas médecin, pour ces sortes d'opérations. Mais, cette fois, j'ai la bonne fortune de pouvoir le faire, et, comme j'ai une autre malade atteinte d'antéversion avec col conique et atrésie du méat, j'opère, dans la même matinée, 13 novembre 1876, ces deux malades en présence de M. Aubry, qui remplit les fonctions d'aide.

Manuel opératoire.

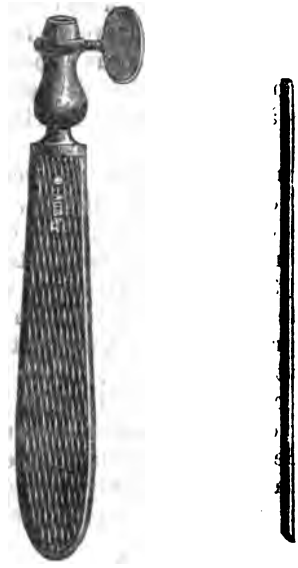
Je me sers invariablement du spéculum en verre de Fergusson pour opérer.

La malade, disposée convenablement comme pour une application de forceps, le siége relevé, le spéculum plein est introduit jusqu'au contact de l'utérus. Le mandrin est alors retiré. Le champ du spéculum montre l'utérus dans sa situation, c'est-à-dire la face postérieure du globe un peu abaissé et qui pousse devant lui un pli vaginal de la paroi du cul-de-sac de Douglas repliée, puis la face postérieure de la partie sus et sous-vaginale du col dirigé, en haut et en avant; mais le museau de tanche proprement dit, ou les lèvres et l'orifice externe, se trouve en haut, en arrière du rebord supérieur du spéculum.

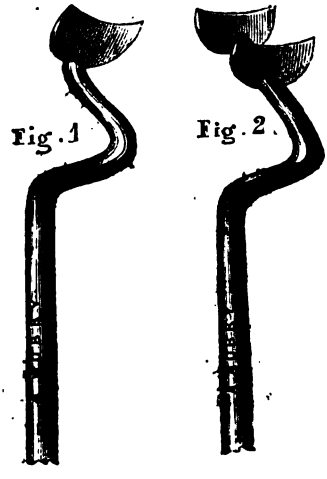
Pour bien m'assurer que c'est là réellement la direction vicieuse habituelle de l'organe, en refoulant, en arrière en bas, avec l'instrument, pendant que je relève fortement sur l'arcade sa partie externe, et, en faisant quelques mouvements de va et vient, j'examine si le museau de tanche est bien, oui ou non, là où je le supposais; je constate qu'il y est, car il descend s'engager dans le spéculum.

Une fois cette certitude acquise, je laisse, en retirant le spéculum, remonter le museau de tanche à la place qu'il occupait, et j'ai, de nouveau, toute la face postérieure du globe et du col, au champ de l'instrument.

Pendant ces manœuvres préparatoires, les ténotomes choisis d'avance sont chauffés au rouge cerise et présentés successivement par l'aide. A ce moment, en pressant avec le bord du spéculum



fortement en arrière de bas en haut, je déplisse la paroi vaginale du cul-de-sac de Douglas et je ramène cette paroi déplissée sur le globe à partir de sa jonction avec le col, si bien que cette paroi reste appliquée et tendue sur ces parties de l'organe. Alors, on distingue parfaitement la jonction du col et du globe. Un peu au-dessus de cette jonction, environ un centimètre et plus suivant les cas, ici un centimètre, avec mon ténotome à lame perpendiculairement oblique et à tranchant transverse (Fig. 1.), je pratique une incision trans-



verse, dite supérieure, d'un centimètre de profondeur, qui traverse la paroi vaginale adossée à l'utérus et porte sur les couches musculaires de celui-ci, à peu près à la profondeur de cinq millimètres.

Cette incision constitue une véritable anaplastie ignée par diérèse, puisqu'après chute des eschares et cicatrisation complète, la partie postérieure de la voûte vaginale, ou paroi du cul-de-sac postérieur sera, par suite du refoulement préalable, fixée à un centimètre plus haut sur l'utérus.

Après cette première incision transverse, avec les ténotomes à courbure en col de cygne en dedans et en dehors, à lame concave suivant les courbures (Fig. 6 et 7), je pratique, pour mieux fixer la partie postérieure de la voûte et la tendre ensuite, sur chaque angle de cette incision, une incision oblique, plus profonde sur l'utérus, plus superficielle sur le vagin, dirigée latéralement et d'arrière en avant, en haut.

Ces deux incisions, après cicatrisation, devront retrécir un peu le cul-de-sac postérieur en tirant d'arrière sur les côtés et un peu en avant, de façon à donner plus de rigidité et de résistance aux piliers et à la voûte.

Cette première partie du procédé opératoire est la plus difficile et mérite le plus de précision.

En exécutant des mouvements de pression en arrière en bas avec le spéculum, et quelques légers mouvements de va et vient, j'engage la lèvre postérieure et une partie de l'ouverture du museau de tanche au champ de l'instrument, en évitant toute obliquité. La partie postérieure de tout le col est atteinte d'engorgement ou hyperplasie. A un centimètre trois quarts ou deux centimètres de l'incision transverse supérieure que je viens de pratiquer, j'exécute, avec le ténotome à double lame perpendiculairement oblique, à tranchant transverse, lames distantes de six millimètres l'une de l'autre, deux nouvelles incisions transverses sur la face postérieure du col (six millimètres de profondeur) (Fig. 2).

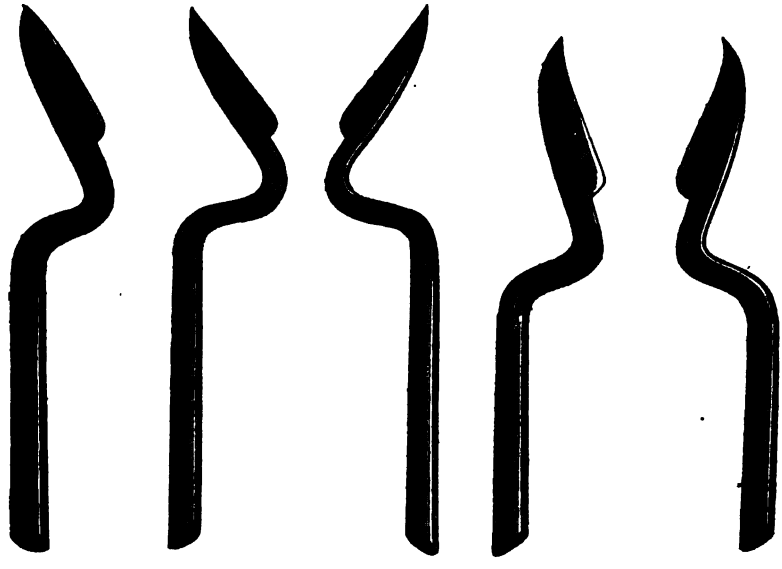


Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7.

Avec les ténotomes à tige courbe en col de cygne, à lame courbe sur plat à droite et à gauche (Fig. 4 et 5), je fais deux incisions semi-elliptiques, qui, de l'incision transverse inférieure, passant sur la transverse moyenne, vont se re-

joindre avec la transverse supérieure. Quand l'engorgement est fort considérable, une incision verticale de la transverse inférieure à la transverse supérieure est dirigée entre les deux semi-elliptiques avec le ténotome à lame droite (fig. 3).

Ici, je me contente, avec les ténotomes en spatule et en truelle (fig. 8 et fig. 9), d'abraser une superficielle partie

Fig 8.

des tissus entre les incisions semi-elliptiques, laissant ainsi une eschare longitudinale entre elles.

J'engage alors complétement le museau de tanche à travers le spéculum. Mon plus fin cathéter à curseur (fig. 10) est glissé le long du conduit cervical et traverse facilement l'ouverture interne de ce conduit pour pénétrer dans la cavité du globe. Je fixe, avec le pas de vis, la tige à la longueur calculée, et celle d'un deuxième cathéter un peu plus fort. Ces deux cathéters, chauffés au rouge cerise, sont successivement introduits dans le conduit cervical, de façon à le dépasser un peu. C'est une cautérisation destinée à triompher de la phlegmasie catarrhale chronique de la cavité cervicale utérine.

Enfin, avec le cautère à marteau (fig. 11 et 12), je cautérise et détruis l'érosion sur le museau de tanche. L'opération est terminée.

Introduction d'un linge huilé sur le col, que la malade gardera quatre heu-

Fig. 9.

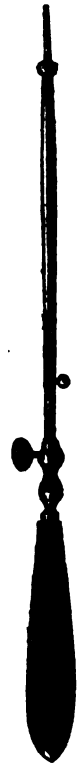


Fig. 10.

Fig. 11.

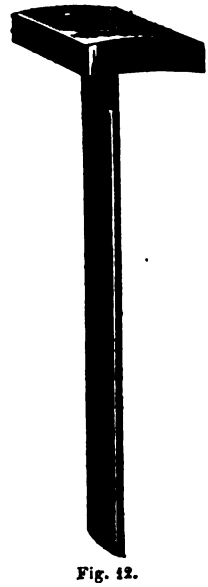


Fig. 12.

res; puis application de glace sur le bas-ventre au moyen d'un boyau préparé. La glace sera renouvelée nuit et jour pendant quatre jours. La malade fera ensuite, jusqu'à chûte complète des eschares, des injections chlorurées, de lavage, matin et soir, puis les pansements, après chute des eschares seront faits comme d'usage jusqu'à guérison complète.

Le 7 janvier 1877, la malade est complètement guérie. Je réunis le 8, dans mon cabinet, cette malade et celle que j'ai opérée d'une antéversion avec l'aide de M. Aubry, le même jour. Ce fabricant d'instruments de chirurgie est convoqué à la même heure. Les deux malades peuvent s'examiner alternativement et voir, à travers le spéculum, la cicatrisation complétement achevée. Elles sont guéries de leur déviation et de tous les accidents morbides auxquels elles étaient sujettes. Elles le constatent mutuellement et M. Aubry est témoin oculaire et auriculaire de leur guérison.

L'utérus est, par cette opération, remis en place et maintenu à demeure: 1° par la fixation de la paroi postérieure de la voûte vaginale sur un point plus élevé de l'organe, ce que fait l'incision transverse supérieure, anaplastic par diérèse; 2° par la tension d'arrière en avant des piliers du vagin, ce que produisent après cicatrisation, les incisions obliques partant des angles de l'incision transverse, allant latéralement et un peu en avant; 3° par la guérison de l'engorgement de la partie postérieure de tout le col, engorgement qui enlevait à cette région une partie de sa puissance de contraction et qui entrait pour une bonne part dans la production et la persistance de la déviation; 4° par la guérison de la phlegmasie catarrhale, peut-être, et probablement ici, cause première de cet engorgement, ou tout ou moins consécutive à l'engorgement lui-même et continuant à l'entretenir ou à l'accroître; 5° par la plus grande résistance donnée aux facteurs qui s'opposent à l'abaissement, c'est-à-dire à la voûte portée plus haut et aux piliers du vagin, ce qui donne aux ligaments suspenseurs de l'utérus et surtout au ligament utéro-sacré plus de puissance de résistance en diminuant la force de traction exercée par la rétroversion avec abaissement; enfin par la puissance de contractibilité récupérée par l'utérus sur tous ses points qui lui permettra de mieux résister à l'action des facteurs de dépression et d'abaissement venant d'en haut, action d'autant plus puissante que celle des facteurs de résistance d'en-bas était plus diminuée. En un mot, guérison de l'engorgement ou hyperplasie et de la phlegmasie catarrhale chronique, cause première ou effet; fixation de la paroi postérieure de la voûte vaginale sur un point plus élevé; retrécissement de cette voûte et tension des piliers; récupération de la puissance de contraction des ligaments et de tout l'organe utérin dont partie était perdue par suite des lésions et de la rétroversion avec abaissement, tel est le but que poursuit et atteint cette opération dont le résultat, d'après constatation chez de nombreuses malades opérées depuis plusieurs années, est durable.

Si, dans une rétroversion avec abaissement plus ou moins considérable, il y a une grande laxité des parois vaginales, l'opération y remédie en portant plus haut la partie postérieure de la voûte et en tendant les piliers; mais s'il y a cystocèle ou rectocèle, ou cystorectocèle, il y a lieu, pour avoir un résultat définitif et durable, d'opérer ultérieurement la colporrhaphie antérieure ou postérieure. On sait combien de procédés d'anaplastie par diérèse et exérèse ont été employés dans ce but. Ces procédés qui poursuivent le rétrécissement du vagin soit à l'ouverture vulvaire, soit sur les parois vaginales, soit sur l'ouverture et les parois en même temps, peuvent bien maintenir l'utérus encloisonné, mais ils ne le redressent pas, ils ne remédient en rien à l'état organopathique de l'utérus lui-même. Arrivant après le redressement et la guérison des

engorgements, ces opérations secondaires complètent et assurent le succès définitif.

La colporrhaphie ignée, dont la description se trouve (page 135 de mon ouvrage) appliquée quelques mois après l'opération première, remédie à la laxité trop grande des parois et empêche le retour de l'abaissement, tout comme la colporrhaphie par les autres procédés ; mais elle ne remédie point à la trop grande ouverture de la vulve par déchirure du périnée, lacune que comble l'anaplastie par diérèse, qui compte tant de procédés.

Dans une réflexion faisant suite au compte rendu de mon livre, dans la *Revue de Thérapeutique*, l'auteur a exprimé le désir de me voir adopter le thermo-cautère comme complément de la méthode dans les déviations utérines. Je me permettrai de lui faire observer que la chose est absolument impossible pour des raisons qu'il serait trop long de développer ici, mais qu'il trouvera suffisamment indiquées dans mon livre.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Du Podophyllin dans la colique hépatique et les calculs du foie; par le docteur MERCADIÉ. — Je lisais, il y a deux mois, dans un journal de médecine de Florence, *Lo Sperimentale* un article sur l'emploi du podophyllin dans les coliques hépatiques et les calculs du foie. Le professeur Bufalini, auteur de cet article, racontait les deux faits suivants :

Une femme de 45 ans avait depuis longtemps des coliques hépatiques violentes, et elle ne trouvait de soulagement que dans l'emploi de purgatifs énergiques, qui lui faisaient rendre des calculs volumineux. Mais ces purgatifs ayant été continués longtemps, il était survenu une entérite qui l'obligea à y renoncer. Le docteur Bufalini, appelé à ce moment, fut frappé de ce fait, et il songea, malgré l'entérite, à donner des petites doses de podophyllin (1 centigramme par jour) qui devait, pensait-il, produire, beaucoup mieux que les autres purgatifs, le résultat déjà obtenu, et sans amener d'inconvénient. Le podophyllin jouit, en effet, d'une efficacité remarquable dans l'hypérémie du foie, comme l'a reconnu Van den Corput. On sait aussi que, injecté dans le duodénum d'un chien, il augmente considérablement la sécrétion biliaire, et que la bile contient, dans ce cas, une plus grande quantité de matériaux solides. En empêchant la rétention de la bile et l'agrégation de ses matériaux, cause efficiente des calculs biliaires, le podophyllin pouvait donc conduire à un bon résultat. C'est précisément ce qui arriva dans le fait dont nous parlons. Les coliques hépatiques disparurent très-rapidement et le catarrhe intestinal aussi. Pendant un an, le podophyllin fut continué sans le moindre inconvénient, et les coliques ne se sont plus reproduites, quoique deux ans se soient maintenant écoulés depuis qu'on a cessé ce médicament.

Le docteur Bufalini eut encore l'occasion d'administrer le podophyllin dans un cas semblable, et il obtint à peu près le même résultat.

Il s'agissait d'une dame atteinte depuis plus de deux ans de coliques hépatiques très-violentes et qui rendait fréquemment des calculs. Pendant un an, elle avait été soumise infructueusement aux divers traitements préconisés en pareil cas : bains, évacuants, remède de Durande, chloroforme, injections sous-cutanées; etc. Le docteur Bufalini, appelé en consultation, conseilla 1 centigramme de podophyllin par jour, et, rapidement, coliques et calculs dispa-

rurent. Le podophyllin ayant été suspendu après quelque temps, la santé se maintint encore pendant huit mois, puis les coliques et les calculs se montrèrent de nouveau pour cesser presque aussitôt après la reprise du médicament.

Ces deux faits, que j'ai tenu à citer, à cause de l'autorité du docteur Bufalini, et parce que je n'ai encore vu nulle part cette indication du podophyllin, m'avaient vivement frappé, et je voulus en vérifier immédiatement l'exactitude. Je soignais depuis longtemps une dame qui avait des coliques hépatiques intenses et se reproduisant deux et trois fois par mois. Je parvenais à la soulager par des injections de morphine, mais c'était tout; un régime végétal soutenu, les eaux de Vichy, n'avaient jamais empêché le retour des calculs. Ayant sous la main des pilules de podophylle, j'en donnais tous les soirs, au moment du dernier repas. Une crise venait d'avoir lieu, et, depuis, il n'en est survenu aucune autre. Il y a bientôt deux mois que, chaque soir, cette malade prend 1 centigramme de podophylle, et je me propose de continuer pendant quatre ou cinq mois encore. J'interromprai alors, et s'il survient la moindre atteinte, je recommencerai à nouveau.

J'ajouterai, à titre de renseignement, que j'ai pu constater dans les selles la présence de calculs. (*Union médicale.*)

Une précieuse découverte pour la thérapeutique. — Si M. le Dr Callender, de Saint-Bartholomew's Hospital, n'est pas tombé sur une série de cas exceptionnellement heureux, on peut dire qu'il vient de faire une découverte bien précieuse dont lui sauront gré les nombreux malades qui sont affectés d'*abcès froids*. Le moyen est des plus simples; il ne consiste pas à faire disparaître la collection purulente quand elle existe, mais il empêche la reproduction du pus, après l'ouverture de l'abcès. Voici le procédé de M. Callender, tel qu'il est décrit dans le *British médical Journal:*

Après avoir évacué le pus de l'abcès froid par une incision qui permet d'y introduire l'index, on y introduit la canule d'une seringue ordinaire remplie d'eau phéniquée tiède (1 d'acide pour 20 d'eau). Avec les doigts de la main gauche, on maintient les bords de l'ouverture sur le bec de la canule, de manière à empêcher le liquide de s'écouler et on pousse lentement l'injection. Si une seule seringue ne suffit pas, il faut obturer l'ouverture avec le doigt, faire remplir la seringue de nouveau et continuer l'injection jusqu'à ce que le sac soit modérément distendu et que l'on soit persuadé que toutes les parties aient été bien baignées par le liquide; on laisse enfin celui-ci s'écouler lentement. On lave ainsi la cavité de l'abcès plusieurs fois : le liquide qui s'en échappe en dernier lieu ne doit plus être souillé de pus. Un tube à drainage, plongé préalablement dans la solution phéniquée, est alors introduit dans la plaie et maintenu par un fil; on fait enfin un pansement phéniqué ordinaire, revêtu d'un tissu imperméable.

Dès le lendemain, il n'est plus sécrété de pus par la cavité de l'abcès; une faible quantité de liquide séreux suinte seule de ses parois. Les jours suivants, on renouvelle l'injection phéniquée si l'écoulement est devenu purulent, ce qui ne survient que lorsqu'il existe une cause d'irritation aiguë, telle qu'une portion d'os nécrosée ou un corps étranger. Les parois de la poche purulente se rétractent assez rapidement: il faut, chaque jour, diminuer la longueur du tube à drainage, afin que, par son extrémité profonde, il n'irrite pas la paroi. Bientôt, il ne reste plus qu'une fistule, qui se tarit à son tour.

Le Dr Callender rapporte trois observations d'abcès traités par ce procédé. Deux abcès lombaires volumineux, de cause vertébrale, ont été guéris en quelques semaines, de même qu'un abcès péri-néphrétique produit par un calcul rénal. Dans tous ces cas, la suppuration a été très-rapidement suspendue.

Lorsqu'il y a fistule et que la poche

fournit du pus, on peut avoir recours au même procédé.

M. Callender et tellement convaincu de l'efficacité de ce traitement et de l'action spéciale de l'acide phénique sur la sécrétion du pus par la poche, qu'il conseille également d'avoir recours à la *distension de la plèvre* par les injections phéniquées après l'opération de l'empyème. D'après le savant chirurgien anglais, l'acide phénique préviendrait le retour de la suppuration dans la plèvre comme dans les abcès froids.

Il est inutile d'insister sur les dangers que font courir aux malades les abcès froids d'un certain volume. Il est donc évident que nous sommes en possession d'un excellent moyen de traitement, si celui que préconise M. Callender réussit entre les mains des chirurgiens français comme entre les siennes. (*Paris-médical.*)

Aconitine dans les névralgies de la cinquième paire. — M. Gubler ne connaît pas de névralgie de la cinquième paire, même le tic douloureux, qui ait résisté à l'aconitine.

M. Gubler a vu en outre, il y a quelques années, un malade atteint depuis longtemps d'une névralgie trifaciale rebelle, pour laquelle Nélaton avait déjà fait la résection de tous les filets nerveux; il n'y avait eu qu'un soulagement momentané. Nélaton allait se décider à enlever le ganglion de Gasser, car cet homme parlait de se tuer, quand sur le conseil de Debout, on lui donna 5 milligrammes d'aconitine de Hottot. La douleur fut supprimée absolument. Avec 3 milligrammes, la douleur revenait; mais avec 5 milligrammes le malade ne souffrait aucunement.

M. Gubler se souvient également d'un malade qui vint chez lui en poussant des cris aigus. Il souffrait ainsi jour et nuit depuis trois mois. Avec 6 milligrammes d'aconitine la douleur disparut complétement; fatigué d'en prendre, ce malade cessa; la névralgie revint et cessa de nouveau à l'aconitine.

Mais il ne faut pas s'attendre à voir les autres névralgies guérir aussi bien que celle du trijumeau.

L'aconitine semble agir sur le tissu nerveux lui-même; mais elle agit surtout sur les formes congestives.

Il faut bien s'attendre aussi à voir marcher les lésions organiques qui sont souvent la cause de ces névralgies rebelles. Mais bien que le tic douloureux soit dû à une lésion de nature progressive, M. Gubler croit que si on parvient à enrayer les troubles fonctionnels pendant longtemps, on pourrait guérir. D'une façon générale, beaucoup de maladies qui, à la longue, présentent une altération organique, débutent par peu de chose. La névrose engendre la lésion. L'ataxie locomotrice, par exemple, est d'abord une névrose; ce n'est que plus tard que survient l'atrophie des éléments nerveux et que le tissu cellulaire vient combler les vides. La nutrition est d'abord atteinte; les lésions ne sont que secondaires. C'est ainsi que par la section d'un nerf moteur survient une atrophie musculaire et que l'on voit le tissu cellulaire combler les vides. (*Lyon médical.*)

Des corps étrangers dans l'oreille, par le Dr Albert Burckhardt-Mérian, de Bâle (*Correspondenz Blatt fuer schweizer Aerzte*). — L'auteur résume ce travail éminemment pratique par les conclusions suivantes :

1° Dès que l'on ne voit plus le corps étranger à l'entrée du méat, il faut, avant de commencer aucun traitement, examiner soigneusement le conduit auditif soumis à un éclairage convenable afin de s'assurer de sa présence réelle, de sa forme et de sa position.

2° Il faut employer, comme premier moyen d'extraction, l'injection longtemps continuée d'eau tiède ou d'eau de savon.

3° Ce n'est que par le bénéfice d'un éclairage suffisant, qu'on peut faire, dans l'oreille, des essais d'extraction avec des pinces, des sondes, etc., tout

emploi aveugle de ces instruments étant inadmissible.

4° La sonde pourvue d'un petit crochet à angle droit est un instrument très-pratique pour l'exhibition de corps étrangers. Faisons observer que ce dernier instrument se fait instantanément en recourbant une sonde de trousse.

Rappelons aussi que, suivant le conseil du professeur Miescher le jeune, de Bâle, pour tarir l'écoulement purulent, on se trouve bien de substituer à l'eau tiède pure des injections, un mélange de 1 partie d'une solution concentrée de sulfate de soude et de 9 d'eau tiède. L'emploi de cette solution pourrait être sans doute généralisé en chirurgie. Elle pourrait être notamment utilisée dans certaines affections de la conjonctive, ainsi que dans tous les cas où l'indication ci-dessus est à réaliser.

Parmi les histoires de malades citées, plusieurs démontrent les inconvénients graves des essais d'extraction faits sans éclairer le fond du conduit auditif externe.

Conservation de la poudre d'ergot de seigle. — Mélangée avec une certaine quantité de benjoin, d'après M. H. Mourrut, la poudre d'ergot de seigle se conserve indéfiniment, sans perdre aucune de ses propriétés.

100 grammes d'ergot bien sain et trié ayant été réduits en poudre; 50 grammes ont été placés dans un bocal bien sec; le reste mélangé avec 5 pour 100 de son poids de poudre de benjoin, a été placé dans un flacon pareil. Les deux vases, dont l'ouverture était simplement fermée par un couvercle de carton, ont été placés dans un laboratoire, atmosphère fort variable, tantôt sèche, tantôt très-humide. Après quatorze mois de séjour, les deux flacons ont été examinés. La poudre benjoinée a paru posséder physiquement toutes les propriétés de l'ergot, tandis que dans l'autre flacon on ne distinguait qu'un amas nauséabond, dans lequel vivait tout un monde de parasites.

La poudre ainsi préparée a été prescrite par les docteurs Desruelles et Noack, exactement comme la poudre ordinaire.

Ce procédé de conservation a paru très-utile à signaler aux praticiens.

(*Lyon médical.*)

Transplantation cutanée sur une plaie fraîche, par M. Erlt. (*Sitzungsbericht des Vereins der Aerzte fuer Steiermark.*) — M. Erlt, ayant enlevé à un malade âgé de cinquante et un ans, porteur de noyaux cancéreux multiples récidivés, un morceau de la peau de la cuisse, long de 30 centimètres et large de 14, il emprunta, à la jambe d'une vieille femme amputée en même temps pour une carie, 379 fragments de peau de la grandeur d'une lentille à celle d'un pouce carré, pour recouvrir cette énorme perte de substance. Toutes ces greffes prirent, mais tombèrent peu à peu en quinze jours, laissant à leur place de petits îlots d'épiderme, dont la confluence amena rapidement la cicatrisation totale de la plaie. Ce succès est très-intéressant et indique que les transplantations cutanées peuvent être d'une grande utilité, non-seulement pour les ulcères et les vieilles plaies, mais encore pour les plaies récentes.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la coqueluche.

Tisane (*Blache*).

Faire bouillir de 20 à 25 coquilles sèches d'amandes dans un litre d'eau.

Passer et sucrer.

Vomitifs.

Ipécacuanha en poudre. 50 cent.

Diviser en trois paquets, à prendre de quart d'heure en quart d'heure.

(*Trousseau.*)

Tartre stibié	5 cent.
Eau.	100 gr.
Sirop de sucre.	15 —

Par cuillerées à café jusqu'à vomissements.

Calmants.—Potion calmante (*Blache*).

Chloroforme	2 gr.
Huiles d'amandes douces. .	15 —
Gomme arabique pulvérisée	10 —
Eau distillée	100 —
Sirop de laurier-cerise. . .	25 —

F. S. A. (*Dict. encycl. des sciences méd.*)

Sirop de raifort iodé.

Iode	1 gr.
Alcool à 90 degr. centésimaux	11 —
Sirop de raifort composé . . .	988 —

Faites dissoudre l'iode dans l'alcool, filtrez. Mêlez exactement la dissolution au sirop. Au bout de 24 heures de contact, à la température ambiante, la combinaison sera complète et le sirop aura repris sa couleur primitive. Dans cette préparation l'iode est dissimulé aux réactifs ordinaires. Ce sirop contient un millième de son poids d'iode.

(*Répertoire de pharmacie.*)

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1877.

Présidence de M. Bouley.

Acide salicylique et les salicylates (*Suite*). — M. Hérard a employé l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Les expériences ont été faites à l'Hôtel-Dieu.

Après avoir donné une courte analyse des observations relatives à six malades atteints de rhumatisme articulaire aigu et guéris par l'emploi de l'acide salicylique, M. Hérard apprécie la valeur de la médication salicylée dans le traitement de cette maladie. Chez tous ses malades, l'acide salicylique a eu une action sûre et prompte sur les manifestions articulaires du rhumatisme aigu. Dès le lendemain ou le surlendemain, les douleurs étaient notablement amendées, quelquefois entièrement supprimées, en même temps que la rougeur et la tuméfaction allaient elles-mêmes en diminuant et que les mouvements redevenaient libres.

L'effet, ajoute M. Hérard, a suivi trop immédiatement et trop souvent l'administration de l'acide salicylique pour que l'on puisse, même en tenant compte de l'extrême mobilité des fluxions rhumatismales, conserver le moindre doute à cet égard. Si les nombreuses rechutes éprouvées par les malades de M. Hérard ont été fâcheuses au point de vue de la prolongation de la maladie, elles ont permis de vérifier l'action médicamenteuse sur une échelle beaucoup plus étendue que ne l'indiquait, au premier abord, le petit nombre des observations.

A quoi attribuer ces rechutes si fréquentes? se demande M. Hérard. A la cessation trop brusque, sans doute, d'un médicament qui s'élimine avec une grande rapidité par les urines, ainsi que l'a démontré M. G. Sée dans la précédente séance. Aujourd'hui, grâce au salicylate de soude, moins irritant que l'acide salicylique, M. Hérard n'hésiterait plus à continuer le médicament pendant une quinzaine de jours après la première disparition des douleurs, soit sous forme d'une potion additionnée d'eau de laurier-cerise, contenant 8 à 10 gr. de salicylate de soude au début, et plus tard 4 à 5 gr., soit mieux sous la forme de cachets de pain azyme donnés toutes les deux heures avec la précaution de faire boire un peu d'eau par-dessus chaque paquet.

Quelle a été l'influence de l'acide salicylique sur les complications cardiaques relatées dans les observations de M. Hérard?

Dans deux cas, les phénomènes sont

restés stationnaires; dans un cas, les accidents cardiaques se sont considérablement aggravés pendant le traitement. Mais du moment que les rechutes se sont produites avec une grande facilité quand M. Hérard cessait le médicament, il n'y avait pas de raisons pour supposer que le cœur serait plus épargné que les articulations, tant que le malade restait en puissance de son rhumatisme.

Si donc le médecin peut assister au début de l'affection, s'il emploie des doses suffisamment élevées, si, par la continuation du médicament, il empêche le retour des douleurs et de la fièvre, il est permis, dit M. Hérard, d'espérer, et les faits de M. G. Sée et de quelques autres observateurs y autorisent, que l'on pourra arriver à prévenir les complications cardiaques, ou, tout au moins, qu'on en diminuera la fréquence et qu'on en atténuera la gravité. Ce jour là, termine M. Hérard, la médication salicylée, si incontestablement avantageuse contre les manifestations douloureuses du rhumatisme articulaire aigu, occupera une des premières places parmi nos agents thérapeutiques et méritera presque le nom de spécifique.

M. Hardy entretient l'Aca démie de quatre cas de rhumatisme articulaire aigu et traités par le salicylate de soude. Ces faits prouvent que le salicylate de soude jouit d'une propriété particulière, incontestable, dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. G. Sée, vient répondre aux objections qui lui ont été adressées dans la dernière séance par MM. Ricord et Bouillaud. — M. Bouillaud, afin de se convaincre de l'efficacité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu avait demandé dix cas parfaitement définis et, par suite, impitoyablement contrôlés. M. G. Sée, lui soumet, non ses propres observations, mais celles qui viennent d'être interprétées par MM. Hérard et Hardy. — M. Germain Sée maintient donc les conclusions qu'il a admises dans la précédente séance et, si ses affirmations pouvaient être suspectées, il n'hésite pas à déclarer que, semblable à M. Bouillaud en 1840, il s'en remettait à une commission académique.

A l'appui de son travail sur les effets thérapeutiques du salicylate de soude, M. G. Sée communique à l'Académie de Médecine une lettre de M. Besnier qui relate un cas de rhumatisme articulaire apyrétique guéri par le salicylate de soude administré à la dose de 6 grammes. (*Progrès méd.*)

Séance du 17 juillet 1877.

Présidence de M. Bouley.

Charbon et Septicémie. — M. Pasteur, tant en son nom qu'en celui de son collaborateur, M. Joubert, lit un nouveau mémoire sur le charbon et la septicémie.

Il formule à ce propos les propositions suivantes :

1° Le sang d'un animal en pleine santé ne renferme jamais d'organismes microscopiques ni leurs germes. Il est imputrescible au contact de l'air, parce que la putréfaction est toujours due à des organismes microscopiques du genre vibrionien, et que la génération spontanée étant hors de cause, les vibrioniens ne peuvent apparaître d'eux-mêmes.

2° Le sang d'un animal charbonneux ne renferme pas d'autres organismes que la bactéridie. Mais la bactéridie est un organisme exclusivement *aérobie*. A ce titre, il ne prend aucune part à la putréfaction. Donc, le sang charbonneux est imputrescible par lui-même. Dans le cadavre, les choses se passent tout autrement.

Le sang charbonneux entre promptement en putréfaction, parce que tout cadavre humain donne asile à des vibrions venant de l'extérieur, c'est-à-dire, dans l'espèce, du canal intestinal toujours rempli de vibrioniens de toutes sortes; ceux-ci, dès que la vie normale des tissus ne les gêne plus, amènent une prompte désorganisation.

3° La bactéridie disparaît au sein des liquides en présence du gaz carboni-

que. Pour le sang charbonneux *pur*, c'est-à-dire ne contenant que la bactéridie sans corpuscules germes, cette disparition est absolue avec le temps. Du sang charbonneux, exposé au contact de l'acide carbonique, peut perdre toute vertu charbonneuse par le simple repos. C'est une erreur de croire que la putréfaction, en tant que putréfaction, détruit la virulence charbonneuse.

4° Le développement de la bactéridie ne peut avoir lieu ou n'a lieu que d'une manière très-pénible quand elle est en présence d'autres organismes microscopiques.

Ceci posé, on comprend comment, un certain temps après la mort d'un animal atteint de charbon, son sang peut ne plus contenir du tout de bactéridies, tandis que les vibrions de putréfaction, qui ne sont pas *aérobies* qui n'ont pas besoin d'oxigène, se sont extrêmement multipliés. Si on inocule alors ce sang à un animal, cet animal meurt de putridité, de septicémie et non de charbon.

Ceci n'est point une vue de l'esprit. M. Pasteur étant allé à l'établissement d'équarrissage de Sours, a constaté que le sang d'un mouton, mort du charbon depuis seize heures, ne contenait encore que des bactéries charbonneuses, tandis que celui d'un cheval, mort depuis vingt heures, contenait en outre des vibrions de putréfaction, et enfin celui d'une vache, morte depuis quarante-huit heures, une quantité tout à fait prépondérante de ces vibrions.

En inoculant le sang de ces derniers animaux à des cochons d'Inde, on produisit des désordres épouvantables. Tous les muscles de l'abdomen et des quatre pattes furent le siége de la plus vive inflammation; çà et là, particulièrement aux oreilles, il s'était produit des poches de gaz; les poumons et le foie étaient décolorés, le sang diffluent.

En examinant ces animaux à l'instant même de leur mort, on trouva que les muscles étaient remplis de vibrions de la putréfaction, mobiles. Mais c'est surtout dans la sérosité de l'abdomen que ces vibrions avaient pris un développement extraordinaire. Une goutte de cette sérosité prise sur un animal vivant et inoculée à un autre, se montre d'une virulence extraordinaire; tandis que le sang extrait du cœur ne l'était point encore. Il s'agissait donc bien là de mort par putridité, et non par contagion charbonneuse.

Au contact de l'oxygène, les vibrions de la putréfaction perdent leurs mouvements, disparaissent et se transforment en corpuscules brillants; mais ces corpuscules, semés dans un milieu convenable, y reproduisent des vibrions mobiles. Il en est donc de la septicémie, à ce point de vue, comme du charbon.

Quant au point de départ de ce vibrion de la septicémie, il est certainement dans l'intestin, car la putréfaction envahit l'animal par les parties profondes; M. Signol l'avait affirmé, et M. Pasteur l'a constalé avec M. Bouley.

Du reste, la septicémie ou putréfaction sur le vivant n'est pas une maladie unique. Autant de genres de vibrions, autant de septicémies diverses, légères ou terribles. M. Pasteur doit le montrer dans une communication ultérieure.

Il termine celle-ci par quelques réflexions sur les fièvres putrides et les hypothèses qu'on pourrait émettre au sujet de la fièvre typhoïde d'après les faits qu'il vient d'exposer.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.

Séance du 13 juin 1877.

Présidence de M. le Dr Domerc.

Sur un rapport favorable de M. le Dr Passant, MM. les Drs Marmisse (de Bordeaux) et Ern. Hardy, sont nommés membres associés libres nationaux de la Société.

Sur l'école des garde-malades.—M. le Dr Duchaussoy informe la

compagnie qu'avec le concours de la Société de médecine pratique et d'un certain nombre de confrères, il a fondé une école de garde-malades. Jusqu'ici, dit-il, le succès a dépassé nos espérances; d'une part, le nombre des élèves est de beaucoup supérieur à celui que nous pensions avoir, et, d'un autre côté, ces mêmes élèves retiennent beaucoup mieux que nous n'osions l'espérer les matières de notre enseignement. Je sais, Messieurs, ce qui nous manque: ce sont des leçons théoriques qu'elles reçoivent, et la pratique doit nécessairement leur faire défaut. En Angleterre et en Amérique, c'est le contraire qui se produit. Les écoles de garde-malades sont installées dans les hôpitaux, où les élèves apprennent sur le malade lui-même les soins qu'elles auront plus tard à lui prodiguer en ville. En ce moment même, à Londres, à l'hôpital Saint-Barthélemy, c'est la dixième école de garde-malades qui se fonde en Angleterre. Laissez-moi vous dire, à ce propos, et d'une manière incidente, que les hôpitaux où existent de semblables institutions ont jusqu'ici fourni d'excellents résultats : d'une part, l'hôpital y trouve une source abondante de revenu, et, de l'autre, l'élève y puise largement les enseignements dont elle a besoin. Peut-être l'instruction théorique lui fait-elle un peu défaut. Mais, d'une façon générale, les femmes anglaises qui suivent ces cours, bien que préparées d'avance par d'autres études ou une situation sociale suffisante, reçoivent mal les notions théoriques, et ne paraissent pas en profiter avec autant de facilité qu'on pourrait le supposer.

Je ne voudrais pourtant pas vous laisser croire, Messieurs, que la pratique est absolument laissée de côté dans notre école. A côté de la leçon théorique, et après celle-ci, nous avons une demi-heure consacrée à l'interrogation des élèves; nous leur démontrons la saignée, la petite chirurgie, les bandages; nous leur faisons voir et appliquer les principaux appareils que tous les fabricants d'instruments de chirurgie se sont hâtés de mettre à notre disposition; nous les exerçons aux soins à donner à l'enfant nouveau-né, habillement, emmaillottement, lavage, etc. Mais ce qu'elles ne peuvent apprendre chez nous, peut-être pourront-elles l'apprendre auprès de vous tous. Ne pensez-vous pas qu'elles pourraient être admises auprès de vos malades, où elles trouveraient à compléter leur éducation, tout en leur rendant des services?

M. Domerc est tout prêt à donner à M. Duchaussoy son approbation personnelle ; mais il craint l'immixtion chez les malades de femmes sachant déjà de notre art plus qu'il ne croit nécessaire. Sans qu'il soit pris d'engagement, il pense que chacun pourrait être juge des cas dans lesquels on ferait appel à ces personnes instruites et expérimentées.

M. le Dr Moreau demande quelles garanties nous offrent les élèves de l'École des garde-malades.

M. le Dr Duchaussoy répond à M. Domerc qu'on apprend aux élèves de son école à n'être que les servantes du médecin traitant, et à exécuter avec ponctualité ses ordonnances. Nous ne leur enseignons quelques notions de pathologie, dit-il, qu'afin qu'elles soient plus à même de reconnaître les symptômes inquiétants et de faire prévenir plus vite le médecin qu'on a besoin de ses conseils. Jamais nous n'allons au-delà de la pathologie; nous nous arrêtons à la thérapeutique. — Répondant à la question posée par M. Moreau, notre confrère ajoute que les élèves, munies du diplôme, sauront tout ce que doit savoir une bonne garde-malade des soins à donner aux femmes en couches ou accouchées, aux enfants nouveau-nés et aux personnes valétudinaires.

M. le Dr Gibert croit que l'on doit accepter d'autant plus volontiers les offres de M. Duchaussoy que, lors de la discussion sur la pratique de la chirurgie à domicile, M. Passant faisait seulement espérer la présence possible de

certaines sœurs garde-malades. Il ne demande qu'une chose, c'est ce qu'il faudra faire pour se procurer les élèves promises par l'école qui vient de se fonder.

M. le Dr Duchaussoy dit qu'il suffit d'y mettre un peu de bonne volonté de part et d'autre. En ce moment, il ne veut voir que cela. Ne parlons pas, dit-il, ni d'obligations, ni de garanties. N'est-il pas vrai que c'est une bonne œuvre que nous voulons faire les uns et les autres? Nous avons sous la main un certain nombre de femmes dévouées qui ne demandent qu'à se rendre utiles; quand elles seront un peu plus avancées et que je les connaîtrai un peu plus individuellement, je leur conseillerai de se mettre à la disposition des médecins des bureaux de bienfaisance.

M. le Dr Passant appuie les vues de M. Gibert; il acclame la fondation de l'école de garde-malades, et lui garantit son concours le plus dévoué.

Sur la demande de plusieurs membres qui s'informent à qui l'on doit s'adresser pour obtenir ces garde-malades, M. le Dr Duchaussoy répète que la réalisation de ce vœu ne saurait être immédiate; il ne connaît pas encore assez toutes ses élèves. Il se borne à demander l'appui de la Société.

M. le Dr Labarraque père croit qu'on ne doit pas marchander à M. Duchaussoy l'appui qu'il sollicite, et, dans ce but, il dépose sur le bureau la proposition suivante :

« La Société des médecins des bu-
» reaux de bienfaisance accueille avec
» reconnaissance et empressement la
» communication et les offres de M. le
» Dr Duchaussoy, tant en son nom qu'en
» celui de ses collaborateurs qui ont
» fondé avec lui l'école de garde-ma-
» lades. — Elle les accepte de la façon
» la plus confiante, et elle unira de
» tout cœur ses efforts à ceux de cette
» école dans la mesure du possible. »

Cette motion, mise aux voix, est admise à l'unanimité des membres présents.

M. le Dr Duchaussoy remercie la Société pour le vote qu'elle vient d'émettre. Il en fera part à ses collaborateurs et à ses élèves, et il ne doute pas que chacun d'entre eux n'y trouve un sujet d'encouragement à ses efforts.

M. le Dr Hamon (de Fresnay) communique un fait clinique d'accouchement. (Voir p. 401).

Statistique médicale des Bureaux de Bienfaisance, mai 1877, par le Dr E. Gibert.

Des trop rares bulletins envoyés par quelques collègues, on peut se faire sur l'état sanitaire des IVe, VIe, VIIe, VIIIe, XIIe, XIIIe et XIVe arrondissements, l'opinion suivante :

Dans tous, les honorables confrères signalent comme pour le mois précédent les affections des voies thoraciques et les manifestations rhumatismales; dans le XIVe, rougeoles fréquentes; dans le XIIe, rougeoles et coqueluches assez nombreuses pour constituer une épidémie; M. Fontès a remarqué plusieurs cas de fièvres intermittentes, attribués par lui aux travaux de la Butte-des-Moulins, M. Passant annonce aussi l'existence de fièvres intermittentes dans le voisinage des démolitions du faubourg Saint-Germain; plusieurs feuilles de statistique (M. Dal Piaz dans le VIIIe et M. Bonnefoy dans le XIIe) indiquent le développement des affections gastro-intestinales.

Le secrétaire annuel,
Dr Edouard Labarraque

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Dangers de la non-vaccination. — Le Dr Rinaldi, de Constantine (Algérie), signale deux faits cliniques importants, qui lui paraissent, avec raison, de nature à éveiller l'attention des parents qui négligent de faire vacciner leurs enfants.

1° Dans la même famille, la variole hémorrhagique a frappé deux enfants, un garçon âgé de 5 ans et une jeune fille, sa sœur, que les parents avaient formellement refusé de faire vacciner.

2° Une autre famille, qui s'était de même opposé à la vaccination des enfants, a compté trois victimes par suite de variole hémorrhagique !

***

Poudres médicinales explosibles. — Un pharmacien de Venise ayant reçu une ordonnance de médecin portant un collyre composé d'une certaine quantité de tannin et de chlorate de potasse, se mit en mesure de le confectionner ; au moment où le degré de pulvérisation allait être obtenu dans le mortier, et où l'imprudent élève se préparait à ajouter le véhicule, il se produisit une explosion qui dispersa complétement le mélange.

Le mélange dans un mortier du chlorate de potasse et du sulfure d'antimoine, produit une explosion violente. (*Journal d'hygiène.*)

***

La question de la crémation devant le conseil municipal de Paris. — Le conseil passe à la discussion du rapport de M. le Dr Level, concluant à la mise au concours du meilleur système de crémation. Au cours du débat, M. Cadet, qui est partisan de la crémation obligatoire, soutient que, contrairement à l'objection faite, l'incinération facilitera la découverte des poisons dans les corps.

Enfin, après une longue discussion, le conseil se borne à adopter l'article 1er, portant qu'il y a lieu d'ouvrir un concours pour la recherche du meilleur procédé d'incinération des corps ou de tout autre atteignant le même résultat. Ce procédé devra satisfaire aux conditions suivantes :

Assurer la transformation des matières organiques, sans production d'odeur, de fumée, ni de gaz délétères ;

Garantir l'identité et la conservation totale et sans mélange des matières fixes ;

Etre économique et expéditif ;

N'apporter aucun obstacle à la cérémonie religieuse de quelque culte que ce soit.

Les autres articles sont renvoyés à l'examen de la commission.

***

Canon monstre. — Le corps de l'artillerie anglaise a repris le cours de ses expériences, à Shœburyness, sur le canon monstre de 81 tonnes. Le problème qu'on s'est posé consiste à augmenter la portée sans augmenter la charge de poudre. Il s'agit pour cela d'obtenir une ignition de plus en plus complète à la fois de la masse de poudre, afin que les gaz donnent la plus grande somme possible d'efficacité à la propulsion du projectile. Sans entrer dans le détail des procédés employés par les artilleurs anglais, voici quelques chiffres résultant des épreuves :

Le projectile pèse 797 kilog. 800 grammes. On s'est arrêté à une charge de poudre de 163 kilog. 600 grammes. L'angle du tir étant de 4 degrés, le projectile arrive en 69 à la butte placée à une distance de 3,600 mètres. Cette vitesse est remarquable ; mais la précision du tir que l'on peut obtenir est merveilleuse. Deux boulets sont entrés dans le même trou ; le second boulet n'a fait qu'élargir le cône creusé par le premier. Il ne faut pas perdre de vue

qu'il s'agit d'une distance de 3,600 mètres.

A côté de ces résultats terribles, les expériences ont eu quelques effets curieux. Les vitres de la ville de Shœburyness ont été brisées en très-grand nombre, et le contre-coup des détonations détachant la suie des cheminées, dix incendies se sont déclarés pendant les expériences. Les officiers ont été obligés de tenir ouvertes les fenêtres de leurs *mess rooms*, pendant toute la durée du tir. Les choses en sont arrivées au point que l'on va être obligé de changer le lieu des essais et de le transporter plus loin des endroits habités.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du* 5 *au* 12 *juillet,* 837 décès ainsi répartis : variole, 3 ; rougeole, 17; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 16; érisypèle, 6; bronchite aiguë, 35; pneumonie, 42; dysentérie 0; diarrhée cholériforme des enfants, 27; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 22; croup, 18; affections puerpérales, 4; affections aiguës, 244; affections chroniques, 339 (dont 135 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 36; causes accidentelles 26.

Du 12 *au* 19 *juillet,* 889 décès ainsi répartis : variole, 2 ; rougeole, 13 ; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 25 ; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 32; pneumonie, 56 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 22; choléra infantile, 0 ; choléra, 0; angine couenneuse, 24; croup, 13; affections puerpérales, 3; affections aiguës, 244; affections chroniques, 388 (dont 165 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 37; causes accidentelles, 22.

VARIÉTÉS

De la décadence de l'art de formuler.

Aujourd'hui, la branche de l'art de guérir la plus négligée, c'est celle qui a trait à la thérapeutique. Nous n'en voulons pour preuve que la reproduction des leçons cliniques que les zélés collaborateurs de la *Revue* veulent bien aller recueillir, pour nos lecteurs, dans les divers services hospitaliers. On peut se convaincre de ce fait étrange que, de toutes les parties qui constituent l'histoire d'une maladie, celle qui, par son importance capitale, mériterait d'être traitée avec un soin tout particulier, la thérapeutique, est à peine effleurée.

Notre époque, du reste, est loin de sacrifier à la pharmacopée Galénique. Soit manque de foi dans les vertus des médicaments, soit ignorance dans l'art de la posologie, les ordonnances de bon nombre de praticiens les plus répandus se distinguent, à l'endroit des formules, par une pauvreté qui contraste étrangement avec la richesse toujours croissante de notre matière médicale. Quelques spécialités en vogue en font le plus ordinairement les frais. A la bonne nature le soin d'y apporter un complément plus ou moins heureux!...

Nous relevons sur ce sujet, dans le *Moniteur de thérapeutique,* une boutade humoristique qui nous paraît digne d'être livrée aux méditations de nos lecteurs.

« L'art de formuler, dit l'auteur de cet article, tend chaque jour à se perdre ; c'est à peine si les pharmacies les mieux achalandées ont aujourd'hui à excuter de rares ordonnances *magistrales,* comme on en voyait si souvent du temps de Trousseau et de ses élèves. Au point de vue de la pharmacie,

c'est un mal dont nous souffrons, mais dont nous n'avons pas le droit de nous plaindre.

» Nous devons seulement envisager si ce n'est pas également un mal au point de vue de l'humanité et à celui du médecin. S'il ne s'agissait absolument que de décadence dans l'art de formuler, ce ne serait pas grand'chose, mais, sous cette décadence, se cache la négation ou l'ignorance de la thérapeutique.

» Dans la plupart des services d'hôpitaux, on s'applique à faire des cliniciens et des anatomo-pathologistes, tandis que la thérapeutique ne vient que bien loin au dernier plan et comme une chose banale. Il s'ensuit que la plupart des jeunes médecins, mis en présence de leurs malades, portent bien le diagnostic et le pronostic, mais ne trouvent rien à ordonner, et le patient qui attend le *remède* à ses souffrances, se lasse vite et va ailleurs. Combien en avons-nous vu de ces jeunes patriciens, fort instruits d'ailleurs, qui perdaient ainsi leurs meilleurs clients!

» En admettant qu'au fond le médecin ait raison, que quelques conseils d'hygiène et de l'expectation puissent suffire le plus souvent, il faut bien considérer qu'on ne peut agir à la ville comme à l'hôpital; mais le médecin eût-il raison au point de vue du résultat final, n'est-ce donc rien que de satisfaire le moral du malade et de le consoler? Ces mille riens dont les médecins étaient si prodigues autrefois, soulageaient presque toujours, faisaient prendre le mal en patience et donnaient confiance.

» Mais on peut traiter la question de plus haut. Il est beaucoup de cas où le médecin pourrait abréger la durée de la maladie et en diminuer réellement les souffrances, et où il ne fait rien pour cela. Il en est beaucoup d'autres encore où il ignore complètement les ressources de l'art, qu'il s'agisse d'une absence réelle de connaissances, ou simplement de scepticisme, ce qui dénote encore un manque d'expérience. D'une façon générale enfin, il y a à l'égard des études thérapeutiques une nonchalance qui contraste péniblement avec l'activité que l'on met à d'autres études, les études histologiques, par exemple, bien moins utiles cependant, — non pas à l'avancement de la science, — mais tout au moins au praticien. Et sorti des bancs de l'école, si le journal apporte au médecin un article de thérapeutique, c'est le feuillet qu'il tourne le plus vite. Combien de praticiens ai-je vus qui n'avaient jamais employé sérieusement le brômure de potassium ni le chloral, qui ne se rendaient aucun compte des propriétés de la digitale et de son dosage selon les cas, qui de tous les alcaloïdes ne connaissaient que la morphine, et encore! etc., etc.

» Je me permets de parler ainsi quoique je ne sois que pharmacien, mais j'ai été assez longtemps interne dans les hôpitaux et il y a assez longtemps aussi que j'exerce pour savoir ce qui se fait ici et là-bas. Je n'ai pas voulu prétendre toutefois qu'il en soit ainsi de tous; à quelques-uns même, on pourrait faire le reproche d'être trop ardents, de s'engouer trop vite pour toutes les nouveautés, défaut qui me paraît avoir moins de danger, d'ailleurs.

» Je ne demande pas non plus, malgré le titre que j'ai choisi, qu'on revienne aux anciennes formules très-compliquées parfois des anciennes pharmacopées; je n'ai pas la moindre passion pour l'*adjuvant*, le *correctif* et autres banalités d'autrefois; je crois simplement être dans le vrai en signalant cette tendance au délaissement de la thérapeutique qui me paraît nuisible aux médecins comme aux malades. Déjà ces derniers apprennent à se passer des premiers, et si l'on n'y veille, le praticien le plus occupé, ce sera la quatrième page des journaux. »

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris. — Imp. Baillout, Questroy et Cie, 7, rue Baillif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 16. — 15 AOUT 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL DE LA CHARITÉ (1)

Service de M. le professeur HARDY.

§ 6. — Insuffisances mitrale et tricuspide; troubles circulatoires graves. — Excellents effets d'une saignée générale.

Une femme, âgée de 76 ans, est entrée, il y a quelques jours, avec une dyspnée extrême, dépendant de troubles cardiaques très-accentués. Elle avait un pouls irrégulier et une tension vasculaire énorme. Jambes enflées, œdème de la région lombaire, dans les téguments de laquelle les doigts s'enfonçaient comme dans du beurre; distension énorme des veines tyroïdiennes, pouls veineux.

L'examen du cœur n'a pas tardé à révéler les causes de ces désordres vasculaires. Cet organe était distendu, et on apercevait à la pointe un bruit de souffle qui décelait une insuffisance mitrale. La valvulve tricuspide était affectée de la même lésion, ce qui se traduisait par le pouls veineux jugulaire.

M. Hardy a fait pratiquer une petite saignée de 200 gr., et l'amélioration a été instantanée.

On voit dans ce fait une nouvelle preuve du tort que l'on a eu de renoncer entièrement à la saignée. Faite à propos, elle peut, en effet, rendre de grands services.

(1) Suite. Voir le numéro du 1er août.

§ 7. — Diagnostic du zona.

Un jeune homme, âgé de 36 ans, garçon boucher, d'une forte constitution, a été pris, il y a huit jours, d'une douleur dans le bras gauche, s'irradiant vers la main. Presqu'aussitôt se sont développées des taches isolées, rouges, irrégulières, surmontées de nombreuses vésicules, contenant les unes de la sérosité transparente, les autres de la sérosité brunâtre.

Examinée au microscope, cette dernière présenterait des leucocytes ainsi que des globules rouges du sang.

En certains points, ces vésicules se dessèchent par la résorption de la sérosité, puis l'épiderme tombe en desquamation.

Une particularité propre à cette affection, c'est que ces taches vésiculaires ne se produisent que sur un côté du corps. Chez ce malade, on trouve une plaque au niveau de la fosse sus-épineuse gauche, au voisinage de la colonne vertébrale, puis à la partie interne et antérieure du bras : il existe quelques vésicules jusqu'à l'extrémité de l'index. Une douleur, analogue à celle que produit une brûlure par de l'eau bouillante, parcourt tout l'organe, et aboutit à l'index et au médius.

Lorsque l'on trouve une *affection vésiculeuse*, groupée sur des *plaques rouges isolées* les unes des autres, accompagnées de *douleurs lancinantes*, et que cette affection est *unilatérale*, le diagnostic ne saurait offrir d'obscurité. Il s'agit d'un *zona*.

Cette affection peut se développer sur tous les points, mais c'est le tronc qui est son siége d'élection. Quand il se produit au bras, il n'entoure pas tout l'organe; il suit d'ordinaire la direction d'un nerf. Chez notre malade, l'éruption se trouve sur le trajet du nerf radial.

§ 8. — **Une surprise d'amphithéâtre.**

Le jeune homme, dont le cadavre est étendu sur la table de l'amphithéâtre, est resté pendant dix-huit jours en traitement dans le service de M. Hardy. Il a présenté des symptômes si tranchés de fièvre typhoïde, que le diagnostic ne pouvait laisser subsister aucun doute.

La maladie, lors de l'entrée à l'hôpital, comptait cinq jours d'invasion. Ce jeune homme a présenté de la *stupeur*, du *délire* incomplet; son *ventre* était *balonné; gargouillement dans la fosse iliaque droite; diarrhée brune, langue sèche et fuligineuse; pulvérulence des narines; taches exanthématiques* sur les parois abdominales; *râles ronflants* étendus à la totalité des poumons; *oscillations thermométriques étendues* dans les deux premiers septenaires, suivies bientôt des *oscillations fixes*, caractéristiques de la seconde période de la maladie; *rate très développée;* une ou deux *épistaxis*.

D'après de telles expressions symptomatiques, aucun praticien n'aurait hésité à mettre, sur cette affection, l'épithète de *fièvre typhoïde*.

Or, l'autopsie est venue révéler une erreur de diagnostic que le clinicien le plus consommé n'eut pu éviter.

On a trouvé des *granulations tuberculeuses sur la surface externe* et dans *l'intimité de tous les organes*, sans exception.

Les plèvres en sont couvertes, les poumons en sont farcis.

La rate est trois fois plus développée qu'à son état normal. Elle est criblée de granulation, sur sa membrane d'enveloppe et dans son parenchyme. Il en est de même pour le foie, le diaphragme, les méninges.

M. Hardy s'attendait, au moins, à trouver dans l'intestin, quelques signes révélateurs de la fièvre typhoïde, qui eût pu marcher de concert avec la granulie. La déception a été complète. On n'a relevé aucune trace d'ulcération intestinale. Là encore, on n'a trouvé que quelques granulations disséminées sur la membrane muqueuse.

Les ganglions lymphatiques bronchiques et mésentériques engorgés, présentaient aussi des granulations tuberculeuses en ilots. Il serait impossible de voir des organes plus farcis de tubercules. Ils en sont littéralement infiltrés. Dans ce cas, si digne d'intérêt, les phénomènes de congestion, liés à la tuberculose, se sont confondus avec ceux de la congestion fébrile. En somme, il s'est agi d'un cas type de granulie sur-aiguë. On n'eut trouvé aucun signe sur lequel se fonder pour ne pas croire à l'existence d'une fièvre typhoïde des mieux caractérisées. Après coup il serait encore impossible de dire comment on eût pu, en pareil cas, éviter une erreur de diagnostic. *Experientia fallax; judicium difficile...*

Dr E. Picart.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Service de M. de Saint-Germain (1).

§ 7. — **Blessure de l'arcade palmaire. — Cautérisation ignée.**

(*Compression immédiate par l'éponge préparée. — Compression médiate et flexion forcée*).

Chacun connaît la gravité de la lésion des artères de la paume de la main. Pour opposer une digue à l'hémorrhagie, le procédé classique consiste à lier la radiale, la cubitale, voire même l'humérale ou l'axillaire. La ligature de l'humérale n'a pas toujours suffi pour sauver le membre et même la vie du malade.

Nélaton a remis en vogue un moyen

(1) Suite. Voir le numéro du 1er août.

plus sûr dans ses effets, quand il peut être mis en pratique. Ce moyen consiste à lier, dans la plaie même, les deux bouts de l'artère divisée. Malheureusement, cette opération n'est pas toujours facile, ni même praticable. De plus, elle peut nécessiter des dissections laborieuses, qui exposent le malade au phlegmon diffus.

C'est pour arriver promptement et sûrement à son but, que M. de Saint-Germain a repris un mode de faire si largement utilisé par Percy sur les champs de bataille. Il a usé de ce même mode avec succès, il y a quelques jours, chez un jeune garçon qui s'était blessé à la paume de la main avec un tesson de verre. Il consiste à porter au sein de la plaie un fer rouge, avec lequel on opère une vigoureuse cautérisation. On y éteint au besoin deux cautères. Il ne faut pas craindre d'agir profondément.

Ce procédé a permis à M. de Saint-Germain de sauver, il y a quelques années, la vie à un malade. On avait dû pratiquer successivement la ligature de la radiale et de la cubitale, puis de l'humérale. Le sang n'en avait pas moins continué de couler, et le patient semblait dans un état désespéré. Ce fut alors que l'habile chirurgien se décida à recourir à la cautérisation ignée, qui réprima aussitôt et sans retour l'hémorrhagie.

Il ne faut pas croire, toutefois, que ce moyen soit constamment suivi de succès. On a vu plus d'une fois, à sa suite, se produire des hémorrhagies secondaires tardives.

N. B. C'est le cas de rappeler deux procédés non sanglants, qui, dans ces graves conditions, peuvent être employés avec de grands avantages.

1° L'un de ces moyens, proposé, croyons-nous, par Herpin (de Tours), consiste à enfoncer dans la plaie un fragment *d'éponge à la ficelle,* d'un volume proportionné à la largeur et à la profondeur de la lésion, corps dilatant qui constitue un excellent agent de tamponnement hémostatique. En se tuméfiant au-dessous de l'aponévrose palmaire, l'éponge trouve là un point d'appui qui lui permet de comprimer dans tous les sens les parties sectionnées et, par les prolongements rameux qu'elle envoie dans toutes les anfractuosités, d'obturer sûrement les lumières des vaisseaux sectionnés.

Cette éponge, cela va de soi, est maintenue par un bandage convenablement serré. Elle doit être laissée en place. Il faut confier le soin de son élimination au seul travail de la suppuration et de la cicatrisation.

2° Le second mode est une combinaion de la *compression médiate* et de la *flexion forcée de l'organe.* Il y a une douzaine d'années, nous en avons tiré nous-même un excellent parti, dans les conditions suivantes :

Un de nos confrères nous appela en aide, pour réprimer une hémorrhagie, due à la lésion de l'arcade palmaire, que, depuis quelques jours, il avait vainement essayé de réprimer. Le membre était recouvert par un bandage fortement compressif et tenu, par des lacs, dans une position verticale. Le malade était presqu'exsangue. Voici le mode hémostatique auquel nous eûmes recours :

Un tampon d'agaric fut appliqué sur la région palmaire, où il fut maintenu par quelques tours de bande convenablement serrée; puis l'avant-bras fut maintenu contre le bras, par la même bande, dans une flexion forcée. Cet appareil fut laissé en place pendant une huitaine de jours. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

On comprend très-bien le *cur quare* de ce mode de faire. La flexion forcée de l'avant-bras obture plus ou moins complétement le calibre de l'humérale et détermine vers l'organe, siége de la blessure, une olighémie artificielle, grâce à laquelle se produit l'oblitération cicatricielle des vaisseaux divisés.

(*N. du réd.*)

§ 8. — Trachéotomie. — Opération en un seul temps.

Appelé dans un service de médecine pour pratiquer l'opération de la trachéotomie à une enfant de deux ans sur le point de succomber à l'asphyxie croupale, M. de Saint-Germain a procédé ainsi qu'il suit :

Trouvant aisément son point de repère, le cartilage cricoïde, il a fixé de la main gauche le corps thyroïde, et a plongé la pointe d'un bistouri dans l'espace thyro-cricoïdien. Puis, par un petit mouvement de scie, il a divisé le cricoïde et les trois premiers anneaux de la trachée-artère. Aussitôt un sifflement s'est fait entendre. L'opération a été exécutée avec une prodigieuse rapidité.

M. de Saint-Germain s'efforce toujours de limiter, autant que possible, l'étendue de l'incision, ne pratiquant qu'une ouverture suffisante pour le passage de la canule. Il réalisa ainsi un double objet. Plus se trouve réduite la surface de section, moins il y a de chance pour la production de la diphthérie. Moins longue aussi est l'incision, moins on court de risque de blesser les vaisseaux.

Le plus souvent l'incision comprenant le crocoïde et les trois premiers anneaux est suffisante pour permettre d'introduire d'emblée la canule. Si la plaie n'a pas une étendue convenable (et tel a été le cas chez cette enfant), pour éviter tout tâtonnement et arriver au but sans perdre de temps, il faut préparer la voie à cette même canule, en ayant recours à la pince dilatatrice.

Comme nous l'avons dit, c'est le cartilage cricoïde qui sert à M. de Saint-Germain de point de repère. Quand il ne peut le relever, il opère au jugé. C'est sur ce point que la trachée est le plus accessible et que l'opération présente le plus d'avantages et de facilité.

Une remarque importante sur le procédé opératoire :

Lorsque la lame du bistouri est engagée trop profondément, le chirurgien s'expose à inciser la paroi postérieure de la trachée. On comprend les dangers de cette pratique malheureuse. Cet accident est arrivé une fois à M. de Saint-Germain qui, comptant sur sa sûreté de main, avait, par exception, omis de prendre la précaution dont il sera bientôt question. Il eut la plus grande peine à poser la canule, dont l'extrémité interne s'égarait dans une mauvaise voie. Le petit malade a succombé.

Il est un moyen très-simple pour se garer d'un tel danger. C'est d'éviter d'enfoncer la lame du bistouri jusqu'à la paroi postérieure de la trachée. M. de Saint-Germain estime qu'on peut, sans la moindre crainte, pénétrer à un centimètre et un quart de profondeur.

Pour procéder avec une entière sécurité, il est deux façons de faire. L'une, la plus expéditive, et à laquelle sa sûreté de main permet constamment à M. de Saint-Germain de recourir, consiste à tenir la lame du bistouri comme une plume à écrire. Il donne à cette même lame une longueur de un centimètre et un quart. Parvenu à cette profondeur, l'instrument est arrêté par l'extrémité du médius, qui l'empêche de pénétrer plus avant.

L'autre mode, plus sûr pour quiconque n'est pas suffisamment familiarisé avec la pratique de cette délicate opération, consiste à entourer d'une bandelette de linge toute la portion de la lame du bistouri contre l'action de laquelle il importe de se garantir.

M. de Saint-Germain le fait, du reste, remarquer. La trachéotomie en un seul temps ne doit être pratiquée que sur les jeunes enfants, chez lesquels il importe que l'opération soit exécutée rapidement, pour une double raison. Chez eux, on n'y a recours qu'au moment où il y a menace d'asphyxie. Il n'y a donc pas de temps à perdre. De plus, il faut compter avec la résistance de ces petits êtres. Les enfants ne se soumettent pas à l'opération avec la résolution d'un adulte, qui

n'a que trop conscience de la nécessité de ce moyen suprême.

Pour ce qui est des grandes personnes, la trachéotomie en un seul temps est une mauvaise opération. Elle les expose beaucoup plus que les enfants aux dangers de l'hémorrhagie. M. de Saint-Germain dit qu'il a failli perdre deux malades, par le fait de ce redoutable accident. En dehors d'un péril imminent, c'est donc uniquement chez les jeunes sujets que l'habile chirurgien a l'habitude de pratiquer la trachéotomie en un seul temps.

Pour ce qui est des résultats de cette opération pratiquée dans le jeune âge, il faut reconnaître, encore une fois, qu'ils sont peu encourageants. Sur cent six opérations qu'il a pratiquées jusqu'à ce jour par le procédé ci-dessus, M. de Saint-Germain n'a pu enregistrer que trente-quatre guérisons,

Dr Ch. FERRANT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Des lavements de vessie, ou des injections intra-vésicales directes par le canal de l'urèthre, chez l'homme. (1) — Les liquides médicamenteux peuvent, sans aucun doute, être injectés par ma méthode aussi bien qu'avec la sonde. Je ferai néanmoins une réserve pour es injections caustiques qui ne sont faites que dans des cas exceptionnels et ne sont pas souvent répétées. La sonde permettra de pousser le liquide avec plus de précision ; et d'ailleurs le spasme du col, qui en est souvent la conséquence, empêcherait le retour spontané de l'injection qui est la condition première de la méthode.

Les eaux minérales pourraient peut-être servir avantageusement pour les injections intra-vésicales directes ; car ce qui a toujours empêché les praticiens de conseiller plus souvent les lavages de la vessie, c'est le passage fréquent de la sonde dans l'urèthre, qui est presque toujours douloureux et souvent dangereux. Cet inconvénient supprimé, il serait possible d'utiliser certaines eaux minérales pour laver la vessie ; c'est une idée que je livre à l'étude des médecins distingués de nos différentes stations.

En résumé, l'avantage de cette méthode d'injections est de pouvoir être appliquée par le malade lui-même ; c'est pourquoi je lui ai donné la dénomination de lavements de vessie par analogie avec l'injection dans le rectum. La canule que j'emploie est d'ailleurs la même, et son introduction ne constitue pas, à proprement parler, un cathétérisme, puisqu'elle ne doit pénétrer que dans la portion spongieuse de l'urèthre. Aussi je ne crois pas qu'il puisse y avoir un danger ou une difficulté sérieuse pour le malade dans l'introduction de la canule, car chacun sait que l'obstacle au cathétérisme, lorsqu'il n'est pas la conséquence d'un rétrécissement organique, se trouve surtout dans la portion membraneuse. Je pense au contraire que l'injection directe sera mieux et plus sûrement faite par le malade sur lui-même ; et c'est là un point important dans une médication qui doit être fréquemment répétée. Je m'explique : le malade, guidé par ses sensations, sera plus à même d'augmenter ou de diminuer la force du liquide et de suspendre à temps l'injection, et l'eau, poussée dans ces conditions par le canal de l'urèthre, ne pourrait en produire la rupture. La rupture est, en effet, le danger qui se présente à l'esprit ; elle serait à la rigueur possible, si la portion membraneuse offrait un obstacle permanent. Mais le malade serait alors averti par la douleur résultant d'une distension exagérée de la portion spongieuse, et la pression digitale qu'il opère sur la canule ne pourrait être maintenue par lui. La douleur lui ferait lâcher prise ; et l'eau s'échappant par le méat, le danger serait conjuré.

Indications et contre-indications. — On peut formuler en quelques mots les conditions de l'injection intra-vési-

(1) Suite. Voir le numéro du 1er août.

cale directe : cette injection sera indiquée toutes les fois que l'urine séjournera dans la vessie et qu'elle y deviendra catarrhale ou surtout ammoniacale ; mais elle sera contre-indiquée lorque le canal de l'urèthre présentera un obstacle matériel à l'entrée et au retour du liquide injecté. Cette formule générale peut s'appliquer à toutes les maladies de la vessie, quelles qu'elles soient.

Le but de la méthode de l'injection directe étant de ne pas toucher la muqueuse de la portion membraneuse et de porter l'eau en avant, je n'emploie que des canules de 12 à 13 centimètres, que le pavillon ne laisse pénétrer que de 8 à 9 centimètres environ. On pourrait, à la rigueur, introduire l'extrémité de la canule plus loin dans le canal sans atteindre la portion membraneuse, puisque la portion spongieuse mesure en moyenne 12 centimètres chez l'adulte (Sappey) ; mais je crois que l'introduction plus profonde est inutile pour la pénétration de l'eau et qu'il vaut mieux rester en deça de cette partie de la muqueuse, afin de mettre en jeu le moins possible sa grande susceptibilité.

Maladies où la méthode est indiquée. — Passons, maintenant, rapidement en revue les principales maladies des voies urinaires dans lesquelles la méthode des injections directes peut être indiquée :

1° *Maladies de la vessie.* — La première maladie qui se présente, c'est la cystite chronique essentielle ou consécutive.

La cystite chronique essentielle est peut-être l'affection dans laquelle cette méthode d'injections sera le plus utile. Elle permettra de sortir de ce cercle vicieux, qui fait que l'urine stagnante subit la décomposition ammoniacale et devient la cause, après avoir été l'effet de l'inflammation. Les lavements de vessie, répétés chaque jour, feront disparaître, en délayant l'urine, cette nouvelle cause d'irritation et pourront amener des guérisons durables dans cette maladie si rebelle.

Dans la cystite chronique et symptomatique, le rôle des lavements de vessie ne peut être que palliatif tant que la cause de l'inflammation, comme le calcul par exemple, ne sera pas enlevée. En tous les cas, les lavages quotidiens calmeront les douleurs et atténueront les symptômes inflammatoires : ils agiront, comme dans la cystite essentielle, en diluant l'urine stagnante et en lui enlevant ses propriétés irritantes.

2° *Contracture du col de la vessie.* — Cette affection, si douloureuse et si persistante, sera très-favorablement influencée par l'injection ; le lavage de la vessie par l'eau tiède fera tomber presque immédiatement le spasme, ainsi que j'ai pu le constater souvent sur moi-même. Je considère cet état spasmodique du col comme une conséquence fréquente de la contracture de la portion membraneuse ; aussi, je me propose d'étudier plus loin et en même temps ces deux affections, sinon identiques, du moins analogues.

3° *Maladies de la prostate.* — Les lavements de vessie ne peuvent avoir qu'un effet sédatif et palliatif dans cette classe de maladies ; ils seront sédatifs en calmant les douleurs spasmodiques ; ils seront palliatifs en atténuant les symptômes de la cystite chronique consécutive. Encore ne pourrait-on les employer que dans les cas où la faculté d'uriner est conservée, c'est-à-dire où il n'y a pas d'obstacle au retour du liquide. Autrement, mieux vaudrait employer la sonde d'emblée, puisqu'il serait nécessaire de l'introduire pour évacuer le liquide injecté. Je n'ai donc rien de spécial à dire sur l'action des lavages dans les maladies de la prostate, puisqu'elle n'est qu'indirecte.

4° *Maladies de l'urèthre.* — Parmi les maladies de l'urèthre, une seule peut être favorablement influencée, sinon guérie par les lavements de vessie : c'est l'uréthrite des parties profondes, surtout celle qui est accompagnée de contracture de la portion membraneuse et du col avec catarrhe consécutif de la vessie. L'action de l'injection sera alors

complexe : 1° Elle agira en luttant contre la résistance de la portion musculaire, par la pression de sa colonne liquide, et par conséquent elle dilatera le canal ; 2° elle diminuera par les lavages l'inflammation chronique de la muqueuse de l'urèthre ; 3° elle annulera les symptômes de cystite chronique en détruisant les caractères irritants de l'urine.

Cette longue et douloureuse affection est ordinairement traitée, comme je l'ai fait moi-même pendant longtemps, par le cathétérisme répété ; mais je crois avoir démontré que le passage réitéré des sondes laisse toujours après lui des traces d'irritation. Le rétrécissement spasmodique, qui laisse facilement pénétrer d'emblée, malgré la douleur, des bougies de 7 à 8 millimètres, sera suffisamment combattu par la dilatation progressive résultant de la colonne d'eau soutenue par une pression mécanique. Cette dilatation aura l'avantage précieux de ne pas faire passer à travers la muqueuse enflammée un corps étranger solide. En second lieu, l'inflammation chronique de la muqueuse profonde de l'urèthre sera favorablement influencée par le passage fréquent de l'eau, qui enlèvera les sécrétions muco-purulentes et détergera sa surface. Mais c'est surtout dans le catarrhe chronique consécutif de la vessie que, selon la remarque de Philipps, l'usage des injections directes sera utile. Ces injections sont pratiquées par ce chirurgien avec des sondes de 5 millimètres. Le lavage produit bien une amélioration de la cystite, mais le passage de la sonde entretient l'inflammation chronique de la muqueuse. Aussi, je reste convaincu que ma méthode des lavements de vessie constitue le seul traitement rationnel et efficace de cette longue et cruelle affection, ainsi que j'ai pu le constater par expérience.

Maladies où la méthode est contre-indiquée. — Les maladies dans lesquelles la contre-indication existe, c'est-à-dire l'impossibilité du retour spontané du liquide, sont de trois ordres : 1° la vessie est paralysée ou inerte ; elle ne se contracte plus suffisamment pour lever la résistance du col et vider son contenu ; 2° une hypertrophie ou une maladie quelconque de la prostate obture par compression le diamètre du canal et s'oppose à la miction ; 3° un rétrécissement organique de l'urèthre forme un obstacle mécanique au passage et au retour de l'eau.

Cette simple énonciation doit suffire, puisque, dans ces cas, il serait nécessaire d'introduire une sonde pour ramener le liquide injecté. J'ai été encouragé, dit en terminant M. Bertholle, à vulgariser cette méthode par les bons résultats que j'en ai obtenus sur moi-même, et je suis convaincu qu'elle peut rendre de nombreux services dans les cas semblables et dans les autres maladies de la vessie. Dr BERTHOLLE.

N. B. — M. le Dr Bertholle nous prie de rappeler que le premier numéro de son article a paru, à la date du 27 avril, dans la *Gazette Hebdomadaire*. Ce n'est que trois jours après que M. Duchassoy a fait sa communication à la Société du VIe arrondissement.

Fracture sous-trochantérienne du fémur.

Ces sortes de lésions, au point de vue de la perfection des résultats, échappent complétement à l'action de la chirurgie. En effet, le peu de longueur du fragment supérieur rend sa contention directe impossible. Sollicité par un des muscles les plus puissants du corps, ce fragment se porte invinciblement en haut et en dehors. Placés dans les rapports respectifs les plus désavantageux, les deux parties du squelette, loin de se consolider dans une direction rectiligne, ne saurait manquer de présenter une disposition angulaire, qui, plus tard, alors surtout que le malade se livre à la marche, ne peut que se prononcer davantage, sous la double influence de la station verticale et de l'action muscu-

laire. Le traitement de ces fractures est donc fort délicat, et susceptible de préparer de grandes déceptions aux chirurgiens.

La malade, sur le compte de laquelle M. Broca attire l'attention, a ménagé à l'habile chirurgien une surprise aussi désagréable qu'inattendue.

C'est une femme âgée de plus de soixante ans, d'une constitution sèche et d'un bon tempérament. La contention de l'os fracturé fut opérée par la méthode de l'extension soutenue. Une longue attelle externe a donné insertion à un lac contre-extenseur embrassant le pli de l'aine. L'extension, aboutissant à l'extrémité opposée de l'attelle, a pris appui sur la totalité de la jambe, par une série de doloires, assujettissant un étrier, donnant attache au lien de traction.

Ce système d'extension, emprunté aux chirurgiens américains, est doué d'une bien plus grande puissance que les autres modes jusqu'alors usités. Mais il est un inconvénient, qui se rattache à cette puissance relativement exagérée. L'anneau contre-extenseur exerce sur le pli de l'aine une pression souvent pénible à supporter.

Tel a été le cas de cette malade, chez laquelle l'anneau, par une compression trop énergique, a déterminé la formation de phlyctènes. Pendant quelques jours M. Broca a craint d'être contraint à enlever l'appareil. Il a eu enfin la satisfaction de voir la plaie se refermer et la tolérance s'établir à souhait.

Après trois semaines de traitement, l'état de la malade était devenu très-satisfaisant. Le membre était irréprochable, tant au point de vue de la longueur qu'à celui de la direction, quand le succès de la cure faillit être compromis de la façon la plus inattendue.

Une nuit, sous l'influence d'un caprice, inexplicable chez une malade aussi douce que patiente, cette femme, d'un coup de couteau a tranché la corde de son appareil. Le lendemain, à la visite, elle s'est donné garde de raconter ce brillant exploit. Ce n'a été que le jour suivant que la mèche a été évantée par M. Broca, qui avait désiré se rendre compte de l'état actuel de l'organe.

Le résultat était désastreux! Non-seulement il y avait un raccourcissement sensible du membre, mais le fragment supérieur, déjeté en dehors et en haut était devenu presque perpendiculaire à l'axe du fémur!

Cette action inqualifiable, chez une femme patiente et d'humeur facile, ne saurait s'expliquer que par le fait d'une intelligence devenue sénile avant le temps.

Pour tenter de parer à une infirmité qui eût mis cette malheureuse hors d'état de gagner sa vie, M. Broca résolut de faire encore un effort, et de s'y prendre de telle sorte, qu'un nouvel acte d'insanité fût rendu impossible.

En conséquence, l'habile chirurgien de l'hôpital des cliniques disposa son appareil de la façon suivante :

Au lieu de prendre appui sur la région de l'aine, pour la contre-extension, il est allé le chercher sur le tronc, en faisant passer le lacs fixateur dans l'une et l'autre aisselle.

Quant à l'extension, il l'a effectuée comme ci-devant, en prenant appui sur les jambes, mais en suspendant à une poulie un poids de 3 kilogrammes.

Quant à la réduction et à la contention du fragment supérieur, il a réalisé avec bonheur cette double indication au moyen d'un fort tampon d'ouate, maintenu par le moyen d'une attelle fémorale.

Le résutat de ce mode contentif a été des plus satisfaisants. L'extension sur les aisselles, quand elle est bien supportée, est, en effet, de beaucoup préférable à celle qui prend appui sur l'aine. Dans ce dernier cas, le lien, agissant obliquement, porte en dehors le fragment supérieur. Dans le premier, au contraire, la traction se fait en ligne droite. Malheureusement beaucoup de malades ne peuvent supporter les effets de la striction thoracique, de sorte que, bon gré, malgré, il faut savoir se contenter d'un

point d'appui plus défectueux, mais d'une tolérance plus facile.

Toujours est-il que cette femme a supporté sans se plaindre ce nouvel appareil qui, en quelques jours, a donné lieu à un résultat très-remarquable. La saillie en dehors et en haut du fragment supérieur est presque nulle. Le membre fracturé ne présente actuellement aucun raccourcissement.

Pour maintenir la réduction, M. Broca a fait mettre à l'extension un poids de 4 kilogrammes, au lieu de 3.

Il ne faut pas l'oublier : à cet âge de la vie la consolidation est lente à s'établir. Elle demandera, chez cette malade, de deux mois et demi à trois mois. Avant ce dernier délai, elle devra éviter de se livrer à la marche, qui aurait pour effet inévitable de produire une déviation angulaire du fragment, avec ses fâcheuses conséquences, au point de vue de l'accomplissement des fonctions physiologiques du membre.

Dr Ancelot.

Du phosphure de zinc. — Les recueils étrangers enregistrent de nombreux succès obtenus par le phosphure de zinc dans divers cas habituellement réfractaires à toute thérapeutique; mais peu de médecins sont au courant de ces faits, que nos journaux insèrent d'ailleurs d'une façon trop sommaire pour qu'on puisse les mettre à profit. — Ce médicament est donc peu employé en France, et l'on ignore généralement son mode d'action, ses indications et la façon de l'administrer. C'est là un fait des plus remarquables, car on se prive d'un médicament d'une haute valeur et qui peut rendre de grands services à la thérapeutique dans des cas précisément où nous sommes fort souvent désarmés.

Le phosphure de zinc a des indications fort nombreuses et très-diverses, mais nous n'en serons pas surpris si nous considérons son mode d'action. On doit, en effet, le considérer comme un stimulant, un tonique tout spécial du système nerveux, et il sera susceptible d'agir efficacement toutes les fois que la dépression nerveuse sera en cause ou lorsqu'il paraîtra utile d'exercer une vive stimulation. Tous les faits qui ont été publiés démontrent cette manière de voir; c'est l'opinion, d'ailleurs, de tous les médecins qui l'ont le plus employé, et récemment, le professeur Hammond, de New-York, la développait dans un article du *The Practionner*, reproduit en extrait par le *Journal de thérapeutique*.

C'est donc à ce titre que le phosphure de zinc a pu donner les excellents résultats, enregistrés par les médecins étrangers dont les noms suivent : Asburthon Thompson, Sanger, Broadbent, Bradley, Routh, Alken, Seguin, Hammond, Gerolamo Tempi, et bien d'autres que nous oublions, dans des cas en apparence très-dissemblables : l'hystérie, les névralgies, la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, les dysménorrhées, l'aménorrhée, le tremblement mercuriel ou alcoolique, l'incontinence d'urine, la spermatorrhée, l'hypochondrie. — C'est en relevant d'une façon toute particulière et en régularisant l'action nerveuse, que les guérisons signalées ont été obtenues.

Mais il n'est besoin ni de remonter le passé, ni d'aller outre-mer pour trouver aujourd'hui des observations sur les effets thérapeutiques du phosphure de zinc. — Quoique peu répandu encore, nous avons pu recueillir près de nous un certain nombre de faits très-intéressants, et que nous nous proposons d'étudier.

Commençons par l'hystérie qui, tout à l'heure, est venue la première sous notre plume. Nous devons au docteur E. Jacques, de Florenville (Belgique), l'observation suivante, fort bien présentée et très-propre, croyons-nous, à entraîner la conviction.

« Honorine B***, âgée de dix-huit ans, d'une constitution et d'un tempérament irréprochables, éprouve depuis deux ans des accidents hystériques très-pénibles. Elle est bien réglée. Elle

ne présente aucune lésion fonctionnelle ou matérielle d'aucun organe. Chaque jour il lui survient soit le hoquet, soit les bâillements précurseurs ; puis apparaissent les symptômes caractéristiques de l'attaque d'hystérie convulsive : perte de connaissance, cris rauques, mouvements désordonnés des membres et du tronc, etc. Cet état se prolonge quelquefois plusieurs heures et se termine par de nouveaux bâillements ou par un hoquet persistant et tout à fait insupportable.

Plusieurs médecins distingués de la ville qu'elle habitait, après avoir vainement essayé toutes les médications en vogue, renoncèrent à traiter cette affection rebelle et envoyèrent Mlle B*** à la campagne.

Je lui fis reprendre la série des médicaments réputés efficaces et tous les antispasmodiques. Je conseillai l'hydrothérapie méthodiquement employée ; je traçai des règles de diététique convenables, et, finalement, je désespérais d'obtenir le moindre succès, lorsque les articles du *Moniteur* sur le phosphure de zinc me décidèrent à essayer le nouveau médicament.

Quelle ne fut pas ma surprise en voyant tous les accidents cesser après cinq jours de traitement !

Un seul flacon de granules fut employé. Voilà bientôt un an que ma malade ne suit plus aucun traitement ; elle a repris ses habitudes d'autrefois, elle a quitté depuis longtemps la campagne, et des renseignements d'hier me permettent d'affirmer que sa guérison ne s'est pas un instant démentie. »

On pourra nous objecter que l'hystérie est une affection aussi bizarre dans ses terminaisons que dans ses manifestations. Cela est vrai ; mais, si on rapproche le fait qu'on vient de lire de ceux qui ont été publiés, il est difficile de ne pas rapporter au médicament le bénéfice obtenu. Admettons néanmoins qu'il faille une longue suite de succès pour être définitivement fixés, cela ne saurait nous empêcher d'essayer le phosphure de zinc si nous nous trouvons en face d'un cas qui aura déjà résisté à d'autres moyens. — Nous préférerions même employer tout d'abord ce médicament, en raison de sa promptitude d'action, de la facilité de son administration et de son innocuité.

Nous disons son innocuité, contrairement à ce qu'on pourrait supposer *a priori*. — En effet, peu de médicaments énergiques sont aussi maniables et exposent à aussi peu de dangers, car 8 à 16 milligrammes par jour suffisent le plus souvent pour produire l'effet qu'on doit attendre du médicament, alors qu'on pourrait, sans danger aucun, en administrer quotidiennement 40 milligrammes. Mais, bien mieux, que par erreur on en prenne une quantité quelconque, on n'a encore rien à redouter, car il survient immanquablement des vomissements qui empêchent toute action toxique.

Quant à son mode d'administration, il est des plus simples ; 4 milligrammes de phosphure de zinc représentent exactement un demi-milligramme de phosphore actif. — On en peut donner d'emblée 4 à 8 milligrammes à chacun des deux principaux repas, soit 1 à 2 milligrammes de phosphore actif par jour, et s'en tenir là.

Autre observation : le phosphore de zinc est insoluble ; on ne peut donc l'administrer en potion. Il présente, en outre, des difficultés de préparation exceptionnelles ; ainsi des kilogrammes de ce médicament en contenaient à peine à l'analyse, et plusieurs observations que nous avons sous les yeux, et que nous donnerons, signalent de nombreux insuccès occasionnées par le phosphure de zinc du commerce, alors qu'administré sous la forme de granules trois cachets, il avait produit une action presque immédiate. Il n'est même pas douteux que nombre d'insuccès semblables n'aient nui à la vulgarisation du médicament. Nous ne saurions donc trop recommander de le prescrire sous cette forme de granule trois cachets, qui se trouvent d'ailleurs

dans toutes les pharmacies. Ces granules sont dosés à 4 milligrammes, ce qui rend l'administration et le fractionnement faciles, et ils sont préparés avec du phosphure de zinc provenant du laboratoire même de M. Vigier, ce qui assure la pureté et l'efficacité du médicament.

Dr Em. Gros.

POLICLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hydropisie de l'amnios. — Insuffisance mitrale. — Hydrorganies diverses. — Albuminurie. — Menaces de suffocation. — Incitation difficile du travail, à 8 mois de terme. — Eclampsie puerpérale. — Délivrance artificielle rapide (1).

Le 9, à 10 heures du matin, l'état général de la malade était plus mauvais que jamais.

Je retirai la sonde, complètement obstruée par des caillots. L'état du col était absolument le même.

Pour tenter de faire sortir l'utérus de sa torpeur, je fis appel au procédé de Cohen. Une autre sonde étant profondément engagée dans l'organe, j'y injectai, à l'aide d'une petite seringue, une soixantaine de grammes d'eau. De plus, comme d'habitude, je maintins en place l'algalie à l'aide d'un tampon d'ouate.

Au moment de son application, la sonde n'avait donné issue à aucun liquide; mais dans le cours de la journée, la malade en fut constamment inondée.

A 5 heures du soir, je trouvai la patiente dans une agitation extrême. Ma position était devenue de plus en plus difficile. J'eus beaucoup de peine à me rendre maître de la situation, en annonçant le prompt établissement du travail. Il était, pour moi, manifeste que les souffrances nouvelles de la malade ne pouvaient être en rapport qu'avec l'éveil des douleurs.

A 8 heures du soir, en effet, le travail s'établit enfin franchement, et l'on envoya à ma recherche. Ce ne fut qu'à 11 heures que je pus arriver auprès de la malade.

Je la trouvai recevant les soins attentifs d'une sage-femme intelligente et instruite, Mme Soulard, qu'on avait eu la bonne pensée d'aller requérir au plus près, en attendant mon arrivée. On verra bientôt combien son concours dévoué m'a été utile.

Mme X... poussait des cris si perçants, les douleurs qu'elle ressentait étaient si violentes et si rapprochées, que je fus porté, tout d'abord, à croire que le travail touchait à son dernier terme. Mais, en pratiquant le toucher, je constatai que le col, en voie de s'effacer, n'était encore ouvert que de façon à admettre l'extrémité de la phalangette de l'index.

Il n'y avait qu'à attendre les effets des douleurs qui, malheureusement, ne tardèrent pas à diminuer en intensité et en fréquence.

Tel était l'état des choses quand, à 1 heure du matin, Mme Soulard, à laquelle j'avais confié la direction momentanée du travail, m'appela à la hâte, m'annonçant que la malade était en proie à une convulsion. En effet, une violente attaque d'éclampsie venait de se manifester.

Mes précautions avaient été prises, en vue d'une complication que j'avais eu des raisons de prévoir. J'administrai sans aucun délai le chloroforme, et cette première crise fut presque aussitôt enrayée. Dans l'espace d'une heure, je le dirai de suite, quatre convulsions se sont produites. Toutes ont été aussi heureusement réfrénées par l'emploi du même moyen. J'ajouterai, pour ne plus avoir à revenir sur ce sujet, que, à partir de la première attaque, la malade a complètement perdu connaissance, et que le sentiment n'a fait chez elle quelque retour qu'à cinq heures du soir.

L'apparition des accidents convulsifs était venue ajouter de nouveaux

---

(1) Suite. Voir le N° du 1er août.

dangers à une position si grave par elle-même. Il fallait, au plus vite, mettre un terme au travail.

La première attaque ayant pris fin, j'entrepris, au retour de chaque douleur, d'effectuer la dilatation digitale de l'orifice cervicale, tâche dans laquelle me seconda si bien Mme Soulard, que, à deux heures du matin, nous avions, sans aucune violence, obtenu une dilatation cervicale de 0.045 environ.

Cette ouverture était suffisante pour me rendre possible une application de rétroceps. Cet instrument fut, en effet, appliqué, bien qu'avec une certaine peine, eu égard à l'étroitesse et à la rigidité d'une vulve de primipare de 41 ans, et au défaut de lubréfaction des organes.

Sans m'épuiser en pénibles efforts, j'alliai aussitôt mon tracteur mécanique au rétroceps.

Mais la dilatation de l'orifice utérin était insuffisante pour permettre l'entraînement de la tête. Je priai Mme Soulard, de dilater, de repousser doucement avec deux doigts, en arrière du pubis, la lèvre antérieure, pour décoiffer la tête, sollicitée par la force mécanique. Au bout de dix minutes d'efforts soutenus, et en raison de la gravité des circonstances, progressivement élevées jusqu'à 60 kilos, le vertex faisait saillie à la vulve. A ce moment, j'enlevai l'appareil à traction, pour effectuer le dégagement manuel.

Quelques instants après, j'opérais l'extraction d'une enfant du sexe féminin, privée de vie. Son développement pouvait traduire un terme de huit mois.

La délivrance effectuée, aucun nouvel accès d'éclampsie ne s'est reproduit. Le coma a persisté jusqu'à 5 heures du soir. Ce n'est, toutefois, que le lendemain matin que la malade a repris entièrement possession de ses esprits.

Pour terminer en quelques mots l'histoire de Mme X..., j'ajouterai que le 30 mai les urines ne contenaient plus aucune trace d'albumine. L'ascite, jugée par une abondante diurèse, n'a complétement disparu que dans les premiers jours du mois de juin.

Les développements dans lesquels je suis entré me font une loi de m'abstenir de tout nouveau développement complémentaire. Qu'il me soit seulement permis de faire ressortir, en quelques mots, les trois points suivants :

1° Dans une de nos dernières séances, j'avais insisté sur ce fait que : autant l'avortement est facile chez certaines femmes, autant, chez d'autres, l'excitabilité de l'utérus est malaisée à mettre en jeu. Tel a été le cas de la malade dont je viens de relater l'histoire. Ce n'a été qu'après *dix-huit jours* des tentatives les plus diverses, que je suis parvenu, enfin, à provoquer le travail.

2° Le rétroceps, dans ce cas encore, m'a rendu un signalé service. Au moment où j'y ai eu recours, il eût été impossible de songer même à appliquer un forceps symétrique.

3° Le tracteur mécanique m'a été non moins utile. J'ai pu, grâce à lui, sans la moindre secousse pour la malade, sans le moindre effort musculaire de ma part, terminer en quelques minutes un travail qui, par l'emploi de la force manuelle, eût nécessité des efforts violents et prolongés.

Dr L. Hamon.

Le Rétroceps

On nous demande fréquemment des renseignements sur le rétroceps, que bon nombre de confrères, aujourd'hui encore, ne connaissent que de nom. A propos du fait qui précède, dans lequel l'emploi de cet instrument a été si utile, nous croyons complaire à la majorité de nos lecteurs, en faisant passer sous leurs yeux les dessins ci-contre, qui reproduisent fidèlement le

modèle perfectionné, que nous avons fait construire par M. Mathieu.

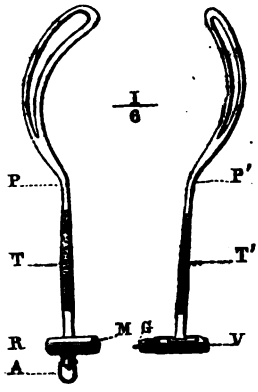


Fig. 1. Fig. 2.

On voit, par les figures 1 et 2, que chaque branche est montée sur un tronçon de manche, V, R.

Les cuillers une fois en place, la jonction des deux leviers s'effectue en engageant la partie amincie du tronçon de la branche gauche, ou basculante, T', dans l'évidement, M, pratiqué dans le tronçon de la branche pivotante, T.

L'articulation des leviers s'opère sans la moindre difficulté, quelle que soit la position de l'organe en présentation (présentations diagonales de la tête, présentations de la face, de l'oreille, présentation du siége, etc.). Voici, en quelques mots, le *modus faciendi :*

En même temps que, avec trois doigts de la main droite, on imprime à l'anneau A, de la branche pivotante, un mouvement de bas en haut et de gauche à droite, à l'effet de mieux saisir l'organe entre les cuillers, on rapproche, à pleine main gauche, les deux tronçons du manche, de manière à faire pénétrer le gougeon, G, dans un des trois petits trous articulaires pratiqués dans la partie cylindrique correspondante de la branche pivotante. Cette manœuvre est aussi rapide que facile à exécuter, quelle que soit, encore une fois, la nature de la présentation.

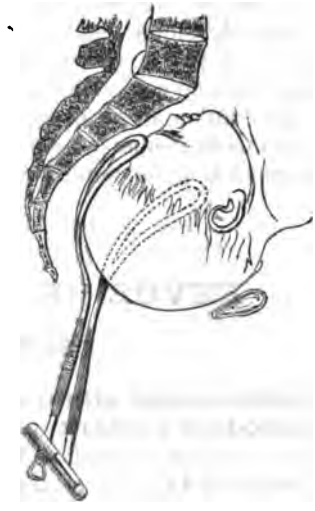


Fig. 3.

Ainsi qu'on peut s'en convaincre, par la figure 3, les cuillers du rétroceps, à l'inverse de ce qui a lieu pour les autres forceps, ne saisissent l'organe que selon un quart de cercle. Sauf au détroit inférieur, conditions dans lesquelles les deux cuillers peuvent porter symétriquement *sur le front* (occipito-pubiennes) ou *sur l'occipital* (occipito-postérieures), dans les présentations régulières du vertex, une des cuillers s'applique toujours *soit sur le front* (occipito-antérieures), *soit sur l'occipital* (occipito-postérieures), la seconde cuiller prenant un point d'appui *sur la région temporo-pariétale postérieure.*

Le dessin représente ici une application de rétroceps dans une présentation O I G A. La cuiller gauche, représentée en pointillé (P' fig. 2), est appliquée sur la région temporo-pariétale gauche ; la cuiller droite (P, fig. 1) prend son point d'appui sur le front.

Le stigmate frontal qui, généralement est peu prononcé, n'a jamais laissé, que nous sachions, la moindre cicatrice.

Jamais la cuiller frontale, ne dépasse

la racine du nez, non plus que l'arcade orbitaire supérieure.

Ainsi posées, les cuillers ont une prise très-solide, qui leur est assurée par le large développement de ce double levier, et par le cintre sur le plat très-prononcé de ces mêmes cuillers. Aussi, quoi qu'on ait pu dire, le rétroceps a moins de tendance à déraper que e forceps, à la seule condition de faire complétement abstraction de la classique notion des axes pelviens, et de *tirer*, avec mesure et discernement, *dans le sens de la résistance*.

Ne pouvant insister sur un sujet trop personnel, nous renvoyons, pour plus amples renseignements, au *Traité du rétroceps*, où se trouve exposé en détail tout ce qui concerne la méthode rétrocépitale.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Considérations cliniques sur la méthode d'Esmark, par M. le Dr Bruns.— Depuis l'automne 1873 jusqu'à l'automne 1875, on pratiqua, à la clinique de Tubingue, 130 opérations par le moyen de l'ischémie élastique. Ces 130 opérations furent suivies de 14 morts : 5 par infection purulente, 5 par tuberculose aiguë, 1 par épuisement, 1 par pneumonie intercurrente, 1 par diffusion d'un cancer, 1 par dégénérescence amyloïde des viscères.

Dans quelques cas on observa, après l'opération, les désordres persistants de l'innervation ou de la circulation, conséquence probable de la constriction élastique.

Dans deux opérations tilbo-tarsiennes faites par la méthode de Syme, on vit survenir la gangrène du membre : dans une, du moins, ce résultat malheureux parut devoir être attribué à la constriction élastique.

En passant à l'examen des avantages que l'on obtient de l'ischémie pratiquée suivant la méthode d'Esmark, Bruns a fait observer avant tout les résultats en général favorables, et le peu de mortalité qu'ont donné les grandes opérations faites à la clinique de Tubingue. Il attribue ces résultats en grande partie à la méthode d'hémostasie préventive qui avait été appliquée dans ces cas. Cependant, quoique partisan de la méthode d'Esmark en général, il ne l'adopte qu'avec discernement. Il distingue dans les opérations celles dans lesquelles l'emploi de la méthode est facile, et celles dans lesquelles il est inefficace et peut-être même nuisible. Dans les premières il comprend les opérations où l'hémorrhagie peut compromettre le résultat en cachant le fond de la plaie. Telles sont les opérations pour les tumeurs et celles que réclame la carie des extrémités articulaires. Sous ce point de vue, l'intervention dans les affections osseuses du tarse réclame d'une manière absolue l'ischémie préventive qui seule permet de reconnaître nettement où s'arrêtent les affections osseuses. 23 opérations de ce genre furent faites à la clinique de Tubingue; souvent dans l'opération de Pirogoff il faut enlever le talon, ou bien faire la résection d'une grande partie du tibia, ou même transformer l'opération en celle de Syme à cause de l'extension des altérations que l'ischémie permet de reconnaître.

L'extirpation des tumeurs des extrémités est même beaucoup facilitée par la ligature élastique. Cette ligature non-seulement permet d'éviter la lésion des organes voisins, mais laisse reconnaître les limites de l'affection, de sorte que le chirurgien peut en pleine connaissance de cause se prononcer pour l'extirpation simple ou l'amputation du membre. Jamais cet avantage n'est plus

manifeste que dans l'extirpation des tumeurs qui ont des connexions intimes avec le squelette ou les articulations.

Pour ce qui regarde les ligatures artérielles, Bruns croit que l'ischémie facilite grandement la recherche des vaisseaux artériels dans une plaie, mais qu'elle est inutile pour la ligature dans la continuité ou dans le manque d'hémorrhagie. Nous ne parlerons pas de l'extraction des corps étrangers qui est la meilleure indication de la méthode d'Esmark, et nous désirons seulement voir, ainsi que le propose Bruns, mettre cette méthode en usage comme adjuvant de la cautérisation et surtout du couteau galvanique.

Au contraire, dans la pratique des grandes amputations, la méthode d'Esmark peut être remplacée avec avantage par la compression digitale des troncs artériels. Il est certain que les amputations faites à l'aide de l'ischémie élastique donnent un écoulement capillaire plus considérable que celui qui suit l'hémostasie préventive avec la compression digitale. James Spencer, Verneuil, Moris, Grobenschutz ont mis ce fait hors de doute. Mais il faut penser que le sang lancé de nouveau vers le tronc par la ligature élastique met l'individu dans les conditions d'une pléthore relative, et nous pouvons nous demander si la quantité de sang perdu par l'hémorrhagie capillaire équivaut à celle du sang contenu dans le segment amputé et que l'individu perd lorsqu'on fait l'opération d'après l'ancienne méthode; quelques expériences faites par l'auteur font admettre que la jambe et le pied, par exemple, ne contiennent que 146 centimètres cubes de sang, dont 70 seulement sont lancés de nouveau vers le tronc par la ligature élastique. L'ischémie ne présente donc pas de ce côté l'avantage auquel nous nous attendions. Malgré cela elle doit être employée toutes les fois que l'on n'a pas un nombre suffisant d'aides et que l'on n'est pas sûr de maintenir l'hémostasie pendant l'opération.

(*Gazette médic. de Bordeaux.*)

Du traitement de l'hydarthrose par compression forcée. — M. le professeur R. Volkman de Halle, admet, comme la plupart des auteurs, que le meilleur traitement de l'hydropisie articulaire chronique réside dans la combinaison de deux méthodes : la compression et la révulsion. Volkman établit d'abord que si l'on veut obtenir de bons effets de la compression, il faut qu'elle soit énergique; il ne faut pas se contenter de l'application d'une simple bande roulée, modérément serrée. A l'aide de la compression énergique, on voit disparaître en peu de temps des épanchements considérables, pourvu que l'on ait à traiter une hydarthrose simple non compliquée.

Avant de comprimer le membre, Volkman fait sur la région articulaire un badigeonnage à la teinture d'iode. Dans les cas ou l'épanchement articulaire est très-abondant, il pratique d'abord la ponction de l'articulation; il donne issue au liquide contenu dans la jointure, et il fait suivre cette opération de la compression telle que nous allons la décrire.

L'hydarthrose affecte surtout le genou : c'est donc le procédé applicable à cette articulation.

Volkman prend d'abord une attelle de bois ayant 25 ou 35 centimètres de long, un peu excavée, et qui doit être appliquée dans le creux poplité; mais auparavant, pour protéger les vaisseaux contre la pression puissante qui va être exercée, il garnit l'attelle d'une couche d'ouate extrêmement épaisse, qui doit, suivant lui, avoir la hauteur d'une main. Il maintient l'attelle en place au moyen d'une bande de flanelle très-solide ou mieux encore à l'aide d'une bande de tricot. Il décrit avec cette bande des huit de chiffre autour de l'articulation et il tire, ce qui est le point important dans ce mode de traitement, chaque tour de bande avec autant de force que possible. La compression ainsi appliquée, il n'est pas rare de voir les

patients se plaindre d'une assez vive douleur; mais elle ne persiste jamais longtemps. Souvent aussi le membre se gonfle et devient œdémateux. Mais l'œdème n'est pas non plus de longue durée.

Le pansement doit être renouvelé complétement au bout de deux ou trois jours.

Après la résorption de l'épanchechement, il faut continuer encore la compression pendant quelques jours avec la même énergie ; puis il faut appliquer pendant quelques semaines un bandage immobilisant l'articulation et la comprimant en même temps légèrement. Cette dernière précaution est inévitable si on veut éviter les récidives. » En vue d'empêcher l'œdème de la partie sous-jacente au genou, nous avons pris soin toujours, avant de comprimer énergiquement celui-ci, de procéder à une compression méthodique de cette partie inférieure du membre. Ensuite, après l'application de l'appareil nous avons obligé le malade à garder le lit et à tenir le membre sur un plan incliné, le pied étant plus élevé que le genou.

Enfin, nous ajouterons que cette compression, quelqu'énergique que nous l'ayons exercée, a été bien supportée par nos deux patients chez lesquels nous avons employé ce procédé, et qu'au bout de trois à quatre jours nous avons constaté que les collections avaient subies une notable diminution. Aussi, dix jours environ après, lors de la remise du service, nous pouvions considérer les deux cas d'hydarthrose en bonne voie de guérison. (*Archives méd. Belges*).

M. Cl. Bernard, et le traitement du diabète. — En étudiant le malade lui-même, la clinique a fait faire de grands progrès à l'étude du diabète, et cela dans le cours des dernières années. La physiologie, qui n'a pas assez tenu compte de toutes ces recherches, n'a pas fait avancer la question d'un seul pas, depuis près de vingt ans. Tant il est vrai que la physiologie ne suffit pas à élucider les questions pathologiques !

Ceci nous amène à parler des dernières leçons consacrées à l'étude des divers traitements proposés.

Cl. Bernard part de ce fait expérimental : chez les animaux en santé la quantité de sucre contenu dans le sang reste sensiblement la même, quelle que soit leur alimentation. En est-il de même pour les diabétiques? L'auteur, entraîné par ses expériences, conclut, et logiquement en apparence, dans le même sens. Pour lui, le régime est indifférent : il blâme même ceux qui conseillent un régime exclusivement azoté (p. 425). Quel dommage que Cl. Bernard n'ait pas de diabétiques à soigner! Il eût bien vite reconnu que le sucre est un poison pour le diabétique, que l'intensité de la glycosurie est presque toujours en proportion des éléments glycosifiques ingérés. Tous les praticiens savent cela; ils en voient la preuve chaque jour, et c'est par milliers que ces faits-là se comptent aujourd'hui. Et précisément nous trouvons à la fin de ce livre, dans le mémoire de Boussingault, un fait très probant. Il s'agit d'un diabétique chez lequel l'urine émise à jeun ne présentait pas de sucre. Si ce malade déjeunait avec du café au lait sucré, son urine se chargeait de sucre avant midi. Si, au contraire, il ne prenait à déjeuner que des œufs avec un peu de pain, son urine restait exempte de sucre jusqu'au repas suivant. Pourquoi cela, s'il est vrai que l'alimentation n'ait aucune influence sur la glycosurie? Quant aux résultats obtenus par le régime de Bouchardat, par la diète carnée absolue, par le jeûne, tout cela est non avenu pour les physiologistes.

Après avoir nié l'utilité du régime, Cl. Bernard accorde peu d'importance à l'exercice musculaire. Il énumère quelques-uns des médicaments proposés contre le diabète : alcalins, acide lactique, glycérine; graisses, arsenic; sur tout cela il a institué des expérien-

ces, mais sans arriver à un résultat définitif.

On le voit, non-seulement la physiologie n'a en aucune façon éclairé la clinique quant au traitement du diabète, mais elle a mis en suspicion l'utilité des moyens employés contre cette maladie, et détourné, au moins momentanément, un grand nombre de médecins et de malades de leur usage. Elle a rendu mauvais service aux uns et aux autres. Sera-t-elle plus heureuse dans l'avenir? Cl. Bernard nous dit d'espérer. Espérons donc. (*Lyon médical.*)

Des dangers de l'anesthésie par le protoxyde d'azote. — Le *Progrès dentaire* rédigé par le Dr Stevens, relate un cas de mort dû au protoxyde d'azote, et la victime appartient au corps médical. En dépit de tous les soins et de toutes les précautions que l'on peut apporter dans l'administration d'un anesthésique, il reste au fond du sac un danger que les mains les plus habiles ne peuvent toujours conjurer; mais ne devons-nous pas trembler quand nous voyons des dentistes, souvent étrangers aux premières notions de la physiologie, anesthésier leurs clients avec une témérité que peut seule égaler leur ignorance.

Le 27 mars dernier, M. Morley Harrisson, chirurgien, âgé de trente ans et résidant à Manchester, après avoir souffert pendant un jour ou deux d'odontalgie, s'adressa à un dentiste de son voisinage pour se faire enlever une dent. Il semblerait qu'énervé et épuisé par l'intensité des souffrances et la perte du sommeil qu'il avait subies, M. Harrisson, se sentant dans l'impossibilité d'endurer une nouvelle douleur, ait insisté pour que l'anesthésie fût poussée à son maximum; deux dents furent enlevées, mais après l'opération le malheureux resta sans connaissance et quelques secondes après il était mort. L'autopsie révéla une certaine quantité de graisse autour du cœur, dont les cavités droites étaient distendues par du sang. Les deux poumons étaient gorgés d'un sang de couleur foncée.

Le verdict du jury déclara que la mort résultait d'une syncope survenue pendant l'administration du protoxyde d'azote, le sujet étant atteint de dégénérescence du cœur!

Le Dr Stevens discute avec beaucoup de talent la part de responsabilité qui revient à l'opérateur. — Il blâme avec énergie l'habitude dangereuse et nuisible qu'ont certains opérateurs d'anesthésier et opérer ensuite leurs clients en se dispensant d'aides compétents.

« Quand on veut, dit-il, tout à la fois opérer et administrer un anesthésique, l'attention se trouve forcément divisée. Des symptômes menaçants surviennent-ils au moment où l'opération est sur le point de se terminer, le chirurgien serait tenté de poursuivre son œuvre durant les quelques secondes que réclame encore l'instrument, il serait trop tard pour détourner une issue fatale. »

Un point sur lequel insiste M. Stevens, c'est qu'aucun dentiste ne doit prendre la liberté d'administrer le protoxyde d'azote sans la présence d'un docteur et sans être pourvu de tous les moyens nécessaires pour parer aux accidents.

Le *Medical Times and Gazette* mentionne également un accident fatal survenu le mois dernier à *University-College-Hospital* à la suite de l'administration du protoxyde d'azote et de l'éther.

Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans, entrée pour une hernie fémorale étranglée. — On avait à peine commencé le taxis que la malade pâlit, vomit des matières fécaloïdes; les respirations s'affaiblirent et le pouls disparut pour ne plus revenir. (*Marseille méd.*)

Contribution à la clinique des corps étrangers dans les voies aériennes. — Le Docteur Clément Lucas vient de relater, devant la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, le cas d'un homme de cinquante-six ans, qui conserva, pendant sept semai-

nes, un fragment de canule en argent logé dans la grosse bronche gauche. Cet homme, à la suite d'accès de suffocation, portait depuis quinze ans une canule trachéale, dont le tube extérieur se détacha de son support, le 28 décembre dernier, et tomba dans la trachée. Le malade se présenta à l'hôpital, et raconta ce qui lui était arrivé; mais il paraissait si peu gêné qu'on ne crut point son récit, et qu'après lui avoir introduit une canule neuve, on le renvoya. Le 5 janvier il revint à Guy's Hospital, se plaignant de violentes quintes de toux et de dyspnée lorsqu'il se penchait sur le côté droit. Le patient fut chloroformé, et en procédant à l'examen de sa trachée, le chirurgien sentit le tube et chercha en vain à l'extraire; aucun désordre n'en résultat, et le malade sortit de l'hôpital. Il revint le 29 du même mois, beaucoup plus souffrant, ne pouvant ni dormir ni travailler. Le docteur Pige-Smith l'examina et trouva de la matité à la base du poumon gauche avec absence de murmure respiratoire. Il y avait impossibilité de se coucher sur le côté droit; des tentatives d'extraction furent aussi infructueuses que la première fois. Enfin, ce ne fut que le 16 février que le docteur Hulke parvint, avec des pinces courbes, à retirer la canule, qui était incrustée d'un dépôt noirâtre sulfhydrique. Sauf une légère anasarque et une abondante sécrétion muco-purulent, il ne survint aucun accident et le malade sortit guéri le 16 mars. Cette observation prouve la remarquable tolérance de la trachée chez un individu qui, portant depuis plusieurs années une canule, avait la partie supérieure de l'appareil respiratoire habituée à la présence d'un corps étranger. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Nouveau mode de traction obstétricale. — Je viens de recourir à un moyen obstétrical qui m'a rendu un tel service que je ne puis résister à l'envie de le faire connaître à mes confrères.

Appelé près d'une primipare de 36 ans, qu'une sage-femme assistait depuis dix-huit heures, je constate une présentation occipito-iliaque antérieure : la tête au détroit supérieur avec une bosse sanguine très-marquée et un peu de méconium; les battements du cœur du fœtus sont difficilement perçus.

Il n'y a pas de rétrécissement du bassin, mais disproportion marquée entre le mari, homme grand et à larges épaules, et la femme, qui est plutôt petite que grande.

J'applique le forceps et exerce des tractions qui n'aboutissent qu'à tremper ma chemise : la tête ne bouge pas; le mari, la patiente et les assistants s'inquiètent.... Pas de voisins sous la main pour aider mes tractions.....

Je demande une corde à lessive, je la tourne quatre fois autour de mes reins et je passe l'un des crochets de mon forceps dans une anse de cette corde; en un mot, je substitue une traction avec les reins à une traction avec les bras, me servant seulement de ceux-ci comme régulateurs.

Deux tractions amènent la tête au détroit inférieur; une troisième la fait paraître à la vulve; alors j'enlève ma ceinture et termine l'accouchement en me servant des bras.

Dix minutes d'insufflations, précédées de la saignée du cordon, font sortir l'enfant de son état de mort apparente.

Une fois tiré d'inquiétude du côté de l'enfant et de la mère, je songe qu'une ceinture de pompier, avec son anneau, aurait été bien plus commode que ma corde à lessive.

N'ayant jamais vu décrire ni employer le procédé ci-dessus, je le laisse à l'appréciation de ceux de mes confrères qui se trouveraient dans le même cas que moi. (*Union médicale.*)

Goutte et goutteux. — Dans une leçon sur ce sujet, M. le professeur Guibout avait énoncé en thèse générale que la goutte est incurable. M. le docteur Grandclément, dans une note à

l'*Union médicale*, explique pourquoi la goutte est incurable et comment elle peut guérir. Tout est dans le régime. Sa conclusion est celle-ci : Les médecins chargés du service dans les maisons centrales et autrefois dans les bagnes, ont constaté que les goutteux, devenus, de par les Assises, leurs clients, guérissaient parfaitement sous l'influence du régime alimentaire auquel ils étaient forcés de se soumettre. En plus, ce que tout observateur peut constater également, les goutteux, que des nécessités de fortune forcent à se nourrir de fruits, de légumes, de pommes de terre, etc., et à ne boire que de l'eau ou peu de vin, guérissent parfaitement de la goutte, et cela sans rechute. Ces deux ordres de faits, très bien observés, démontrent, comme je l'ai dit, que la goutte est parfaitement curable. Seulement, jeunes confrères qui lisez ces lignes, gardez-vous de dire à un goutteux qui serait votre client et vous conjurerait de le guérir : « Mangez des épinards et buvez de l'eau ; » ce qui signifie : modifiez profondément votre régime alimentaire. Le susdit client, s'il a de quoi tenir une bonne table, vous traitera probablement d'*idiot*, et vous remerciera, comme la chose m'est arrivée. Ne faites donc vos prescriptions que sous la forme très adoucie de *conseils* hygiéniques, et n'oubliez pas que les goutteux veulent bien guérir, mais à la condition de ne rien changer à leurs habitudes ; c'est pourquoi M. Guibout a 90 fois raison sur 100. A tous ces 90, on peut dire : *In peccato vestro moriemini.* (*Scalpel.*)

Empoisonnements par le chloral à faible dose. — Le Dr A. Frantz, après avoir réuni les différents cas dans lesquels le chloral donné à dose peu élevée a produit des accidents, en rapporte deux observations qui se sont présentées dans son service à l'hôpital civil de Cologne.

Cas I. — Un homme de trente-quatre ans entre pour un accès violent de délire alcoolique ; on lui donne 1g,25 de chloral, et comme l'agitation continue pendant la nuit malgré la médication, on répète la dose le lendemain soir. Le sommeil survient, mais le surlendemain matin on le retrouve dans le collapsus, et il succombe au bout de quelques heures.

Cas II. — Un infirmier atteint de *delirium tremens* prend en deux fois 2g,5 de chloral. Il dort paisiblement pendant toute la nuit, mais le lendemain matin, la respiration devient subitement irrégulière, et la mort arrive en moins d'une heure.

L'autopsie fut faite dans les deux cas. On trouva chez le premier un peu de congestion hypostatique du poumon gauche, du catarrhe intestinal et une congestion cérébrale intense ; mais chez le second tous les organes étaient absolument normaux.

Frantz conclut de là que dans ces cas, comme dans presque tous les autres que renferme la littérature médicale, la mort est survenue par le fait d'une syncope due elle-même à une paralysie brusque du muscle cardiaque.

D'après lui, les alcooliques présentent des conditions de nutrition défavorables, une discracie spéciale et des catarrhes gastro-intestinaux plus ou moins graves. Il est bon dans ces circonstances de ne jamais donner en une fois plus de 2 grammes ou 2g,5 de chloral. Cette dose est inoffensive et les accidents précédemment mentionnés sont tout à fait exceptionnels.

(*Berl. klin. Wochens.*)

Coryza fétide traité par une opération nouvelle. — Il s'agit d'une malade syphilitique, âgée de 38 ans, qui vint se présenter au Great Northen hospital, avec une tuméfaction énorme du nez. Douleur, œdème. L'oblitération des narines était presque absolue ; la malade ne pouvait respirer que par la bouche, et il était impossible d'explorer la région avec le stylet. L'odeur exalée par cette malheureuse était insupportable. Un traitement ioduré énergique, associé à des lotions désin-

fectantes, n'amena aucun résultat. Aussi le docteur Crips se décida-t-il à intervenir chirurgicalement. L'opérateur suivit la méthode opératoire imaginée par Rouge (de Lausanne) pour la cure des polypes naso-pharyngiens. La lèvre supérieure fut donc soulevée et une incision fut pratiquée dans le sillon gingivo-labial. La lèvre supérieure et le nez furent soulevés à l'aide de crochets mousses, et le docteur Crips put alors sans difficulté explorer la cavité des fosses nasales et en faire le curage. Le cornet inférieur, le vomer, une partie assez considérable de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur étaient nécrosés et furent enlevés à l'aide de pinces. Hémorrhagie presque nulle. Cicatrisation rapide. Guérison parfaite. Le docteur Harrisson Crips fait remarquer à ce propos que très-probablement, dans la plupart des cas d'ozène, il y a des séquestres difficiles à reconnaître, et qu'en pratiquant l'opération du curage des fosses nasales suivant la méthode de Rouge, l'on arrivera à guérir dans presque tous les cas. (*The Lancet.*)

Gastrotomie accidentelle. — Un propriétaire reçut, dans un combat contre des voleurs de bestiaux, un violent coup de poignard qui l'atteignit à la région épigastrique, sous l'appendice xyphoïde. L'hémorrhagie fut très-abondante et le malade sentit que quelque chose sortait par la plaie. Il comprima la masse herniée avec une main, et, remontant à cheval, il regagna son domicile, éloigné de deux lieues. A son arrivée, le Dr Brulaud constata une large plaie de la paroi abdominale; l'estomac faisait hernie au dehors, et on pouvait constater qu'il avait été transpercé et portait sur deux de ses faces une solution de continuité mesurant environ un pouce. Le Dr Brulaud débarrassa l'estomac de son contenu, exécuta des lavages au moyen d'injections d'eau tiède, pratiqua la suture des deux plaies des viscères, et, pour pouvoir réduire, se vit contraint d'agrandir la plaie extérieure, qu'il ferma à son tour par une suture en surjet. Pendant les premiers jours, il y eut des vomissements et un peu de sphacèle des bords de l'orifice cutané; mais tout alla si bien que vingt-quatre jours après l'accident, le médecin allant voir son malade, le trouva prêt à monter à cheval pour aller le remercier. (*Rev. médico-chir.* de Buenos-Ayres.)

Conjonctivite granuleuse chronique traitée par la galvanisation, par M. C. W. Truchart (*The medical Record*). — S'agit-il de la paupière supérieure, l'auteur applique un électrode au milieu du sourcil, et pour l'inférieure sur l'articulation de la mâchoire; l'autre électrode, pourvu d'une petite éponge fine ou d'un pinceau à poils de chameau, est promené légèrement et lentement sur la muqueuse malade de la paupière retournée.

Les électrodes doivent être bien humectés. La force du courant est réglée d'après les degrés de douleur qu'éprouve le malade. L'application de la galvanisation a lieu à chaque séance pendant 10 à 30 minutes, et il suffit généralement de trois à cinq séances journalières pour produire une inflammation assez vive pour résorber les dépôts morbides. Si la réaction est trop vive, on interrompt les séances pendant trois à huit jours.

Il est avantageux pendant la période de décroissance d'appliquer sur la conjonctive une solution de nitrate d'argent au 1/30.

M. Truchart est très-satisfait des résultats qu'il a obtenus par ce mode de traitement.

De la médication diérétique dans le diabète sucré, par M. G. Schleich, de Fubingue (*Wuertemberg med. Corr. Blatt*). — Les deux observations suivantes, prises à la clinique médicale du professeur Liebermeister, sont une preuve des bons résultats que l'on peut obtenir d'un régime alimentaire approprié à cette maladie. Ce ré-

gime consiste dans la non réduction des boissons, viande, œufs, bouillon, vin à volonté ; abstinence de pain, d'aliments farineux et de toute nourriture contenant de l'amylum.

Dans le premier cas, le malade a pris en outre journellement 100 gr. de glycérine additionnée de 30 gr. de rhum. Ce mélange, auquel on peut ajouter quelques gouttes d'une huile éthérée, et qui a alors le goût d'une liqueur forte, est particulièrement agréable à la plupart des malades, surtout à ceux qui sont habitués à l'usage des spiritueux. On ne remarquera jamais de troubles digestifs à la suite de cette boisson, malgré les quantités relativement fortes de glycérine, tandis qu'ils se présentent facilement quand, d'après la prescription de Schultze, on la donne sous la forme suivante :

R. Glycérine pure de 20 à 50
Eau de fontaine, 1 kilog.
Acide citrique ou tartrique, 5
A prendre dans les 24 heures.

Le second malade a pris chaque jour environ 100 grammes d'huile de morue, et momentanément des quantités notables de lait caillé.

Fontani recommande l'acide lactique dans le diabète. Ce dernier essai n'a pas réussi chez les malades. Quant au régime diététique, ses résultats ont été excellents :

Le premier qui rendait au début 5,89 pour 100, soit 141 gr. 36 de glycose dans les 24 heures, n'en rendit plus au bout de quinze jours, que 0.19 pour 100, soit 2 gr. 28 par jour ; le second, qui en avait jusqu'à 7,15 pour 100, soit 191 gr. 60 par jour vit la proportion du sucre se baisser à 1,32, soit 31 gr. 28, après environ 2 mois 1/2 de traitement, époque à laquelle ces deux malades voulurent quitter l'hôpital et s'en retourner chez eux.

De la maladie des Scythes. — Sous ce titre, M. le Dr Marandon de Montyel décrit en style des plus attrayants une maladie spéciale à certaines tribus du Caucase, chez lesquelles on trouve des individus qui après avoir joui quelque temps de tous les attributs de la virilité les perdent avant l'âge, voient leur barbe tomber, leurs traits se flétrir, leurs désirs amoureux s'éteindre, leur voix faiblir, leur corps perdre la force et l'énergie propres à leur sexe, et qui arrivent enfin à fuir la société de ceux dont ils partageaient jadis les plaisirs et les travaux, à revêtir le costume féminin comme ils en ont revêtu la faiblesse, mettant tout leur bonheur à s'assimiler aux femmes et à partager leurs occupations.

L'auteur passe en revue, avec un talent d'érudition des plus remarquables. les causes qui ont été attribuées à cette impuissance des Scythes depuis Hérodote jusqu'à Boyard et Lallemand. Il se range à l'opinion de l'illustre professeur de Montpellier et attribue cette singulière métamorphose aux pertes séminales et à l'onanisme, conséquences des habitudes équestres, de l'abus du cheval. (*Marseille méd.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Pastiles tœnifuges.

Extrait de kousso	2.50
Id. de racines de grenadier	5
Chocolat	50
Beurre de cacao.	2.50

Pour 50 pastilles formant une dose.

Ces pastilles remplacent avantageusement la bouillie de kousso, si difficile à faire prendre à certains malades.

Mixture de craie (*Ph. Britan*).

Carbonate de chaux . . .	7 gr.
Gomme arabique pulv. .	7 —
Sp. simple	19 —
Hydrolat de cannelle. . .	282 —

Délayez la gomme avec le sirop ; ajoutez le carbonate de chaux et peu à

peu en triturant l'hydrolat de cannelle. — Diarrhée, pyrosis. — Doses : 1 cuillerée à bouche toutes les 2 ou 3 heures. Agitez chaque fois. (Jeannel, *Formul. magistral, etc.*)

Électuaire purgatif (*Cruveilhier*).

Poudre de séné	2 gr.
Poudre de jalap.	2 —
Poudre de scammonée . .	1 —
Poudre de gomme-gutte.	30 cent.
Sirop de nerprun	15 gr.
Miel blanc.	15 —

F. s. a. un électuaire.

De 1 à 3 cuillerées à café, le matin, pour combattre les congestions viscérales multiples qui se produisent à la troisième période des affections organiques du cœur.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1877.

Présidence de M. Bouley.

Acide salicylique et les salicylate (*Suite*). — M. *Oulmont* rapporte ses observations relatives à l'action de l'acide salicylique et des salicylates dans les pyrexies (fièvre typhoïde, érysipèle, pneumonie aiguë, rhumatisme articulaire, fièvre puerpérale, phthisie).

A la dose de 4 gr. de salicylate, on obtient un abaissement marqué de la température et du pouls, sans que le fond même de la maladie soit modifié.

Sur sept cas de rhumatisme, trois ont cédé du troisième au cinquième jour et les quatre autres n'ont été en rien modifiés.

M. *Gueneau de Mussy* a employé l'acide salicylique et ses sels depuis deux ans dans diverses maladies et en particulier dans le rhumatisme articulaire:

Il employait, dans le rhumatisme, le salicylate de soude, en commençant par des doses faibles, 3 à 4 gr., s'élevant graduellement jusqu'à 6 grammes, très-exceptionnellement à 8 gr., et maintenant son usage pendant dix à quinze jours. Il a presque constamment observé une diminution des douleurs, un abaissement de la température et du pouls.

M. Gueneau de Mussy redoute une médication perturbatrice du rhumatisme qui pourrait déplacer la fluxion sur des organes importants. C'est pour cette raison qu'il n'emploie jamais le sulfate de quinine dans le rhumatisme : aussi depuis vingt-cinq ans qu'il a renoncé au sulfate de quinine, n'a-t-il pas vu un seul cas de rhumatisme cérébral.

M. Gueneau de Mussy a employé l'acide salicylique comme antiputride dans la fièvre typhoïde, à la dose de 1 à 2 grammes dissous dans un ou deux pots de solution de sirop de gomme avec une addition de 10 à 20 grammes d'eau-de-vie et de jus de citron. Sur plus de 27 malades dont plusieurs semblaient condamnés à une mort prochaine, il n'y a eu qu'un seul cas de mort.

A l'extérieur, l'action de l'acide salicylique est aussi prompte qu'efficace. M. Gueneau de Mussy a pansé avec une solution d'acide salicylique des plaies gangréneuses chez les typhoïdiques, un anthrax à fond grisâtre, etc. : il a obtenu des modifications profondes et rapides. On lave et on pense les plaies avec une solution de 1 à 2 gr. d'acide salicylique dans 400 gr. d'eau additionnée de 10 à 20 grammes d'alcool.

M. Jaccoud a administré le médicament dans 21 cas de rhumatisme articulaire. Sur ce nombre, 6 ont été traités exclusivement par le salicylate de soude. Sur ces 16 malades, 13 ont guéri, 3 ont succombé. Dans neuf des cas de

guérison, la guérison a été obtenue du deuxième au quatrième jour; dans les quatre autres cas elle s'est fait attendre du cinquième au quinzième jour. Deux de ces malades ont eu une rechute. Des trois cas mortels, deux ont succombé à une encéphalopathie, le troisième à un alcoolisme aigu.

M. Jaccoud pose, en ce qui le concerne, les conclusions suivantes :

1° Dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile dégagé de toute complication, le salicylate de soude, à la dose de 8 à 12 gr. par 24 heures, est le moyen thérapeutique le plus puissant que nous possédions aujourd'hui; il guérit plus rapidement qu'aucun autre.

2° Quoique son action soit parfois assez prompte pour amener la guérison dans un intervalle de 2 à 4 jours, il n'est pas possible d'assigner au traitement une durée uniforme de trois jours.

3° Le salicylate de soude ne prévient pas les complications cardiaques, pulmonaires et cérébrales du rhumatisme aigu ; il n'a aucune action sur elle.

4° Dans le rhumatisme fébrile à complications sérieuses, il n'y a pas à compter sur le salicylate de soude et il importe de recourir à d'autres médications.

Séance du 31 juillet 1877
Présidence de M. Bouley.

Fièvre typhoïde (suite de la discussion). — M. Piorry rappelle ses précédents travaux au sujet de la fièvre typhoïde et de la distinction, fondamentale suivant lui, qu'il a établie, entre des choses que néanmoins on s'obstine encore à confondre; la cause, qui peut être contagieuse, l'empoisonnement spécial, qui se retrouve, variant de l'une à l'autre, au fond de toutes les maladies épidémiques et les effets de cette cause, ce qu'on nomme à tort la *maladie*, bien que ce ne soit qu'un ensemble de symptômes sans unité en dehors de la cause, sans analogie avec un être, une entité.

Pour éviter de telles confusions, M. Piorry recommande d'en revenir à sa nomenclature, dans laquelle la cause ou l'origine de l'intoxication est indiquée au commencement du mot. Au lieu de choléra, il faut dire *indiose*, au lieu de peste, *niliose*, parce que le poison vient de l'Inde, au lieu de rage, *cyniose*, parce que le poison vient du chien, et ainsi de suite. Le plessimétrisme servira à reconnaître les divers états organopathiques que l'empoisonnement peut produire. En ce qui touche spécialement la fièvre typhoïde, M. Piorry renvoie à son mémoire, qui devra être inséré dans le Bulletin de l'Académie.

De l'étiologie des maladies virulentes. — M. Colin, après avoir rappelé très en détail ses travaux antérieurs sur le charbon, aborde l'étude critique des récentes recherches expérimentales de M. Pasteur. M. Pasteur a voulu prouver que la bactéridie était bien le seul agent de contagion du charbon. Il a semé cette bactérie dans des liquides appropriés et a reproduit le charbon en inoculant ces liquides chargés de bactérides.

M. Colin a répété les mêmes expériences et, dans trois cas sur cinq, il a également fait naître le charbon chez des animaux auxquels il avait inoculé une goutte du contenu d'un des tubes de M. Pasteur.

Mais il lui semble que l'on pourrait interpréter ces faits positifs, en ne faisant jouer aucun rôle à des bactéridies de nouvelle formation. Car, sait-on à quelle dilution la virulence peut cesser ? M. Davaine a encore trouvé cette virulence dans des dilutions qui portaient moins d'un dix-millionième de goutte de sang infecté.

La goutte de sang, du poids de 35 milligrammes, doit renfermer 175 millions de globules rouges, à raison de 5 millions par millimètre carré. Cette goutte de sang peut présenter quelquefois autant de bactéries que de globules; elle en donnerait donc encore plusieurs centaines par goutte de dilution au

cent millième. Les dilutions de M. Pasteur sont bien loin d'être au cent millième, puisque la goutte de sang ne s'y trouve étendue que dans quelques grammes d'urine. Elles pourraient donc encore être fertiles en l'absence de toute génération nouvelle, de toute multiplication des bactéries.

La contre-épreuve proposée par M. Pasteur, et consistant à faire filtrer à travers le plâtre, au moyen du vide, le liquide chargé de bactéridies, n'est nullement démonstrative, car l'osmose à travers le plâtre pourrait parfaitement altérer des ferments, comme elle altère bien des substances salines, ainsi que l'a prouvé Graham.

D'un autre côté, la virulence sans bactéridies s'observe dans le sérum obtenu après la coagulation du sang charbonneux. Les bactéridies étant retenues dans les mailles du coagulum, ce sérum n'en présente point; mais il communique le charbon quand on l'inocule.

Inversement, M. Colin a vu le sang chargé de bactéridies ne pas communiquer le charbon. Une vache pleine était morte de cette maladie à la ferme de Vincennes. Son sang, chargé de bactéridies, inoculé à des lapins, les tua avec les symptômes ordinaires. Jusqu'ici rien que de très-normal. Mais, résultats inattendus, on trouva aussi des bactéridies, toutes semblables, dans le sang du fœtus à mi-terme qu'elle portait, et ce sang, chargé de bactéridies, inoculé à des animaux, resta complétement inoffensif.

M. Colin oppose encore bien d'autres objections à la théorie bactéridienne. Suivant lui, la multiplication des bactéries dans le sang est un effet non la cause de la maladie. Voici comme il termine :

Le sang d'un animal charbonneux présente des caractères spéciaux :

1° Il tend à se fluidifier comme si un ferment rendait le plasma incapable de donner de la fibrine concrète;

2° Son plasma éprouve des modifications osmotiques ensuite desquelles il filtre à travers les vaisseaux, les séreuses, le tissu des ganglions;

3° Ses globules tendent à perdre leurs contours, deviennent mous, s'agglutinent facilement entre eux et laissent échapper une grande partie de leur contenu;

4° La matière colorante, l'hémoglobuline se modifie physiquement et cliniquement, elle se diffuse dans le sérum, le mucus intestinal bronchique, teint l'endocarde, les séreuses, les tissus pâlis des divers organes sur le trajet des vaisseaux. Elle est tellement altérée que le sang étalé sur des lames de verre ne peut reprendre sa couleur vermeille.

Toutes ces modifications, dit M. Colin, se produisent, en grande partie du moins, sans le concours de la bactérie, et c'est peut-être à elles qu'est due la virulence.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Assistance publique. — L'Assistance publique va installer à l'hôpital Necker, où fonctionne déjà une clinique médicale, la clinique chirurgicale.

Le bâtiment qui va être affecté à ce service comprendra un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie, et une salle de dépôt pour les instruments de chirurgie. Il coûtera environ 21,000 francs.

***

Récompense honorifique.—Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de

longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à :

MM. Alexandrowiez, médecin à Alais (Gard).
Decombes, médecin à Richelieu (Indre-et-Loire).
Auvray, médecin à Nonancourt (Eure).
Ledemé, médecin à Domfront (Orne).
Jourand, médecin à Avivault (Deux-Sèvres).
Bernard, médecin à Apt (Vaucluse).
Simon, médecin en chef de l'hôpital de Semur (Côte-d'Or).
Mondain, officier de santé à Beaune-la-Rollande (Loiret).
Chardon, médecin à Yssingeaux (Haute-Loire).
Combe, médecin à Villefort (Lozère).

***

Service médical de nuit à Marseille. — Un service médical de nuit, organisé sur les mêmes bases que celui dont la ville de Paris est redevable à l'initiative de M. le Dr Passant, fonctionne à Marseille depuis le 1er août courant.

***

Statistique médicale du Bureau de Bienfaisance de Paris, juin 1877. — Les renseignements fournis par les Bulletins envoyés à la Commission et concernant les premier, cinquième, sixième, septième, neuvième, dixième, onzième, quatorzième et vingtième arrondissements, permettent de conclure à une espèce de *statu quo* dans la constitution médicale; en effet, les affections signalées par nos zélés confrères se rapportent presque toutes au rhumatisme, bronchites, pneumonies, pleurésies, érysipèles, angines, coqueluches dans le septième et douzième arrondissement. Rougeoles, varicocèles (premier arrondissement, Dr Fontès); la tendance aux affections gastro-intestinales s'accuse cependant un peu plus que le mois dernier, surtout dans le premier arrondissement (Dr Coqueret), le neuvième (Dr Pilleñet), le dixième (Dr Brulfert), le quatorzième (Dr Pellarin), le huitième (Dr Dal-Piaz). Dr E. Gibert.

***

Moyen de prévenir les cicatrices de la variole. — M. le docteur Pennavaria préconise, dans *la Salute*, la poudre suivante pour prévenir les cicatrices de la variole : 4 parties fleur de soufre et une partie de mercure précipité rouge. On met une couche de glycérine sur les pustules déjà en supuration, puis la poudre, et au bout de quelques jours, les croûtes se détachent sans laisser de cicatrice.

***

Population en Suède. — Le gouvernement suédois vient de publier une statistique de la population en Suède. En 1800, le chiffre de la population s'élevait à 2,347,308 personnes des deux sexes; en 1825, à 2,711,252; en 1830, à 3,482,541; au commencement de 1876, elle atteignait 4,383,291 habitants.

La population de la Norvège, qui était, en 1801, de 883,038 habitants, s'est élevée, à la fin de 1875, à 1,817,237 habitants, ce qui donne une augmentation de 105,8 pour 100 pendant les soixante-quatorze dernières années. Le chiffre total de la population des deux royaumes réunis dépasse maintenant 6 millions. (*Journal officiel*).

***

Travaux de Paris. — Lundi, le conseil de préfecture de la Seine a procédé à l'adjudication des matériaux à provenir de la démolition de l'ancien Hôtel-Dieu. Tout le bâtiment compris entre la rue de la Cité, le Petit-Pont, la Seine, le Pont-au-Double et la place du Parvis-Notre-Dame sera rasé. La façade du nouvel Hôtel-Dieu sera donc

complétement dégagée, au midi, jusqu'à la Seine, et la perspective de Notre-Dame de Paris apparaîtra dans son entier dès le pont Saint-Michel.

La mise à prix de ces matériaux est fixée à 70,000 fr.; l'adjudicataire a un délai de trois mois pour exécuter ses travaux, de sorte que le déblaiement complet du parvis Notre-Dame soit achevé avant fin octobre.

L'administration fera commencer aussitôt la reconstruction du mur de soutènement du quai et celle du Pont-au-Double, travaux que le Conseil municipal a approuvés en même temps que la transformation et la plantation des abords du nouvel Hôtel-Dieu.

(*France médicale*).

***

Un martyr de la science. — M. Alfred Deshaies, âgé de 34 ans, préparateur de chimie au collége de France, a été trouvé étendu à terre, dans son laboratoire de la rue Cujas, 19, où il demeurait.

La mort remontait à deux jours.

Tout laisse supposer que c'est en voulant se rendre compte par lui-même de l'effet d'un agent chimique, qu'il étudiait depuis longtemps et dont quelques échantillons étaient auprès de lui, qu'il aura été victime d'un empoisonnement trop subit pour qu'il ait pu y porter remède.

Le corps sera transporté à Château-Thierry (Aisne), où habite sa famille.

***

Moyen de se débarrasser des mouches. — En Amérique, on se débarrasse des mouches par un moyen assez commode : des bandes de calicot sont trempées dans de l'acide crésylique (résidu de la fabrication de l'acide phénique) et suspendues au plafond.

L'odeur de cet acide est assez forte, mais très-hygiénique; les mouches la fuient rapidement et ne reparaissent plus tant que l'atmosphère est imprégnée de ces vapeurs. (*J. de Méd. et de Ph. de l'Algérie.*)

***

Un tunnel sous le détroit de Gibraltar. — Il n'y aura bientôt plus de détroits, les tunnels relieront toutes les terres pour peu qu'elles soient un peu rapprochées les unes des autres. Après le Pas-de-Calais, voici qu'on songe au détroit de Gibraltar, et on écrit de Marseille, le 18 juillet, au *Messager du Midi :*

« Nous avons ici, depuis quelques jours, des ingénieurs espagnols qui sont venus prendre livraison de toute une série d'appareils et d'outils perfectionnés destinés à la perforation d'un tunnel internationnal entre l'Espagne et l'Afrique, à travers le détroit de Gibraltar. Ces machines ressemblent beaucoup à celles qui servent en ce moment à percer le Saint-Gothard. Le tunnel projeté s'ouvrirait sur les côtes d'Espagne à une faible distance d'Algésiras et irait aboutir sur la rive africaine, entre Tanger et Ceuta. La partie sous-marine de ce travail aurait environ neuf milles de longueur, avec une pente de 1 0/0. Les côtés extérieurs de la galerie seraient éloignés de 6 à 7 milles. La plus grande profondeur de la mer au détroit est de 3,000 pieds. En laissant 300 pieds de séparation entre le fond de la mer et la voûte du tunnel, les travaux s'effectueraient à une profondeur de 3,300 pieds au-dessous du niveau. Les promoteurs de cette entreprise, qui ont déjà réuni des fonds considérables, estiment que les frais ne dépasseront pas 4 millions de livres sterling. »

***

Le téléphone en Angleterre. — Cet appareil américain si curieux, le téléphone, dont nous avons parlé il y a quelques semaines, vient d'être introduit en Angleterre, et une première audition publique a eu lieu, à Londres, au Queen's-Theatre, près de Tottenham-Court Road. Au nombre des spectateurs, on remarquait plusieurs notabilités scientifiques.

Les fils électriques ont été mis en communication avec la salle de concert de Canterbury-Hall, qui est située, comme ou sait, dans une autre partie de Londres, à Lambeth, près du pont de Westminster, à plus de deux mille yards de distance de Queen's-Theatre.

Le signal fut alors donné par l'opérateur.

Au bout de quelques secondes, les personnes présentes entendirent le prélude de l'air *Blue bells of Scotland* (campanules d'Ecosse). Le son arriva d'abord assez faible, puis le ton s'éleva, et chaque note se perçut très-distinctement. L'appareil de transmission a répété ensuite, aux applaudissements enthousiastes de la foule, *le Home, sweet Home* et *The last Rose of Summer*.

Les journaux de Londres constatent que cette première expérience a parfaitement réussi.

***

La médecine légale à la Morgue. — Dès 1832, le docteur Devergie, inspecteur de la Morgue, réclamait et obtenait l'autorisation de faire à cet établissement des conférences de médecine légale. A ces conférences il admettait trois séries successives de quarante élèves devant lesquels il pratiquait l'autopsie de corps dont le permis d'inhumation avait été délivré par le parquet : tels que des noyés, des pendus, des asphyxiés, des enfants nouveau-nés, etc. On faisait une véritable expertise judiciaire, un rapport était rédigé.

Au départ de M. Devergie, les conférences cessèrent. Néanmoins, il tenta à plusieurs reprises d'obtenir leur rétablissement comme complément de l'enseignement de la Faculté ; il avait rencontré dans le docteur Tardieu un partisan dévoué à ses idées et qui considérait aussi ce cours spécial comme étant à la médecine légale ce que la clinique est à la pathologie. Cet enseignement existait à Strasbourg depuis 1840, et les Allemands, à notre exemple, l'avaient établi chez eux.

S'appuyant sur ces précédents, le docteur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine, a adressé à M. le préfet de police une demande tendant à obtenir l'autorisation de rétablir des conférences de médecine légale pratique faites par un professeur agrégé.

Sur l'avis conforme du ministre de l'instruction publique, M. Voisin s'est empressé de prendre un arrêté autorisant les conférences de médecine légale à la Morgue. Ces conférences auront lieu deux fois par semaine, du 1er novembre au 1er avril. Y seront seuls admis les docteurs en médecine et les élèves ayant au moins trois années d'études. Des cartes d'admission personnelles seront délivrées aux personnes inscrites. Elles seront divisées en séries de trente. (*La Liberté.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du 19 au 26 juillet*, 862 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 9 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 19 ; érisypèle, 4 ; bronchite aiguë, 45 ; pneumonie, 42 ; dysentérie 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 23 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 25 ; croup, 13 ; affections puerpérales, 7 ; affections aiguës, 272 ; affections chroniques, 329 (dont 133 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 31 ; causes accidentelles 37.

Du 26 juillet au 2 août, 837 décès ainsi répartis : variole, 0 ; rougeole, 15 ; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 23 ; érysipèle, 3 ; bronchite aiguë, 25 ; pneumonie, 38 ; dysentérie, 5 ; diarrhée cholériforme des enfants, 24 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 12 ; croup, 15 ; affections puerpérales, 5 ; affections aiguës, 259 ; affections chroniques, 325 (dont 142 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 31 ; causes accidentelles, 37.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris.— Imp. Baillout, Questroy et Ce, 7, rue Baillif.

COMPAGNIE DES EAUX MINÉRALES DE LA BOURBOULE (Puy-de-Dôme). — En présence de certains bruits erronés, la *Compagnie fermière des eaux minérales de La Bourboule* a le devoir d'informer le public que, depuis leur ouverture, ses deux établissements n'ont pas cessé de fonctionner régulièrement, et que les malades sont assurés désormais de pouvoir y suivre leur traitement d'une manière confortable et plus efficace que jamais ; de récents captages ayant augmenté le débit, la température et la minéralisation des SOURCES ARSÉNICALES de la Compagnie.

Le directeur de la Compagnie,
A. DELAMARRE.

PUBLICATIONS NOUVELLES

Alex. COCCOZ, éditeur
11, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, 11.

Manuel de technique microscopique ou guide pratique et résumé des connaissances indispensables à celui qui commence l'étude du microscope, par le Dr Paul Latteux, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, officier d'académie, 1877. Un volume In-18 de 400 pages, avec figures. Prix : broché, 5 fr., relié, 6 fr.

La goutte articulaire, sa cause essentielle ou pathogénique, ses causes prédisposantes et occasionnelles ; son traitement par le Dr Nivelet père, de Commercy.
Chez l'auteur, prix : 1 fr. 50.

LIBRAIRIE Ve AD. DELAHAYE ET Ce.

Des fractures du fémur et de leur traitement par l'extension continue, par le Dr Hennequin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 fort vol. in-8°, avec 11 fig. dans le texte, 13 fr.

De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées, du coude-pied, par le Dr Poinsot, 1 vol. in-8°, 7 fr.

Etude médico-légale sur les épileptiques, par le Dr Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, 1 vol. 4 fr. 50.

Contribution à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et, en particulier, chez le nouveau-né, par le Dr Hutenel, in-8° 3 fr. 50.

Essai sur les troubles de la parole, par le Dr Hornus, in-8°, 3 fr.

Aperçu historique de l'origine de la médecine, par le Dr Handvogel, in-8°, 3 fr.

De la suture des tendons, par le Dr Rochas. in-8°, 3 fr.

De l'usage thérapeutique de l'acide salicylique, ses composés et accessoirement de la salicine par le Dr Walter Douglas Hogg, in-8°, 3 fr.

Du rôle et des indications des bains dans les maladies de la peau, par le Dr Carry, in-8° 2 fr. 50.

Contribution à l'étude des maladies du cœur. — (Lésion des orifices auriculo-ventriculaires), par le Dr Bancel, in-8°, 2 fr.

Essai sur les cataractes traumatiques, par le Dr Piéchaud, in-8°, 2 fr.

De la vaginite aiguë et chronique, par le Dr Mourtagard, in-8° 2 fr.

Contribution à l'étude des flexions utérines, au point de vue de leur traitement, par Mme Goutcharoff, docteur en médecine, in-8° 2 francs.

Etude parallèle des globules rouges et blancs du sang et des principaux éléments de l'urine dans quelques maladies aiguës, par le Dr Meunier, in-8°, 2 francs.

Réflexions sur la question des rapports de l'urée avec le foie, par le Dr Martin, in-8°, 1 fr. 50.

Le devoir des mères, petit manuel d'hygiène physique et moral, par le Dr de Fajol, 1 vol. in-8°, 1 fr. 25.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 17. — 1er SEPTEMBRE 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Leçon clinique de M. G. Sée

§ 1. — Deux symptômes graves de la fièvre typhoïde. (*météorisme, épistaxis abondantes*). — Injections sous-cutanées de la solution aqueuse de seigle ergoté.

Deux symptômes graves s'observent à la fois chez un malade du service de M. G. Sée.

Cet homme, dans la force de l'âge, arrivé au milieu du second septenaire d'une fièvre typhoïde, présente un ballonnement considérable du ventre, et des épistaxis très-abondantes.

Le météorisme est dû au relâchement des fibres musculaires des intestins et des parois abdominales. Ces fibres, tombées dans l'atonie, n'ont plus un ressort suffisant pour maintenir les gaz intestinaux, qui déterminent la distension des organes. Quelle que soit la période de la maladie, cet indice de dépression constitue un symptôme alarmant. Le pronostic est encore plus grave, quand un tel fait se produit au début de l'affection typhoïde.

On peut faire la même remarque touchant un second symptôme qui se produit chez ce malade. Il est en proie à des épistaxis répétées, et d'une abondance telle que le tamponnement des fosses nasales a dû être effectué. Ainsi que cela se voit souvent à la suite de ces grandes pertes de sang, cet homme a du délire. Il a, de plus, une température de 40°.

Un tel état est d'autant plus grave, qu'on ne saurait guère compter, pour le combattre, sur la vertu d'aucun agent thérapeutique. M. Sée se propose, cependant, de faire une tentative en vue de porter remède au symptôme présentement le plus alarmant : l'épistaxis.

Dans les hémorrhagies graves, quand on a besoin de déterminer une action rapide, et tel est ici le cas, ce n'est pas à la voie gastrique qu'il convient de recourir. C'est à la méthode des injections sous-cutanées, qu'il faut s'adresser.

Dans ces derniers temps, on a employé avec succès une préparation de seigle ergoté. C'est la *solution aqueuse d'extrait,* qui doit désormais remplacer l'ergotine, que M. Sée considère comme un mauvais médicament. 4 grammes de cet extrait représentent 20 grammes de seigle ordinaire.

Au lieu donc de recourir à cette substance en nature, que bien des malades ont peine à supporter, surtout quand la dose doit être assez élevée, au lieu de prescrire l'ergotine, dont l'action est dubitative, il est préférable de recourir aux injections sous-cutanées d'une solution aqueuse d'extrait. Chaque injection, dans les cas qui nous occupent, doit être d'un gramme. Il est bon de la répéter quatre à cinq fois par jour.

Dans le cas en question, M. Sée n'at-

tend de ce moyen aucun bon résultat. Il veut cependant en courir les chances, ne fût-ce que pour avoir la conscience d'avoir tout fait, dans les limites du possible.

§ 2. — L'iodure de potassium et le salicylate de soude dans les affections saturnines.

L'iodure de potassium, le salicylate de soude, tour à tour préconisés comme jouissant de la propriété d'éliminer les sels de plomb logés dans les tissus, n'ont pas plus de vertus que l'iodure de potassium dans l'intoxication mercurielle chronique. Quoi qu'on ait dit, on n'a rien obtenu d'un tel traitement, chez les ouvriers des mines d'Espagne et de Hongrie, empoisonnés par les émanations hydrargyriques. De ce que ces malades, envoyés dans les montagnes, et soumis en même temps à l'usage de l'iodure potassique, sont revenus à la santé, on avait cru pouvoir faire à ce médicament tout l'honneur de la cure. Cette œuvre a été simplement celle du temps. La même remarque est applicable au saturnisme. L'élimination du plomb ne s'obtient pas par le bénéfice de ces médications surfaites. Encore une fois, elle se fait avec le temps.

§ 3. — Albuminurie chronique. — Rareté extrême des cas de guérison.

Le malade qui inspire à M. Sée les réflexions suivantes a été traité, il y a trois ans, à la Pitié, par M. Gallard, pour les mêmes accidents qui viennent de motiver son entrée à l'Hôtel-Dieu. Sous l'influence des purgatifs, des diurétiques, des bains de vapeur, la bouffissure avait disparu après treize jours de traitement. Mais en quittant l'hôpital, ses urines n'avaient pas cessé d'être albumineuses. Depuis cette époque, cet homme a continué ses fonctions de cocher. Il y a trois semaines, il a été affecté d'un œdème général, sans aucune lésion cardiaque. Ses urines contiennent des quantités considérables d'albumine. Cette fois encore, on fera justice des conséquences de la néphrite interstitielle, mais on n'arrivera pas davantage à la guérison de l'affection protopathique.

C'est qu'en effet on compte, tant ils sont rares, les cas de guérison absolue de l'albuminurie chronique. Dans sa longue carrière, M. Sée n'en a rencontré que trois exemples authentiques.

A ce propos, M. G. Sée déclare que, en dépit de quelques assertions contraires, il met quiconque au défi de lui faire voir, pièces en mains, que l'albuminurie, qu'elle soit aiguë ou chronique, ne soit pas accompagnée de lésion plus ou moins marquée des reins.

Les sujets atteints de chrono-albuminurie vivent dans un état de menace permanente. Qu'ils s'exposent à un refroidissement; qu'ils se livrent à un travail excessif, etc., ils sont exposés à voir l'anasarque faire retour.

Sous l'influence du lait et de la digitale, principalement, cet homme sera guéri de nouveau au bout de deux ou trois semaines. Mais pour ce qui est de l'avenir, on ne peut répondre de rien.

§ 4. — La gravité de la pneumonie n'est pas en raison de l'élévation de la température, et de l'intensité des symptômes locaux. — Elle tient à l'adynamie. — Vertus douteuses des excitants diffusibles, à titre d'apyrétiques et d'excitants.

Au n° 13 est couché un malade arrivé au dixième jour d'une pneumonie. La température est très-modérée, puisqu'elle n'est que de 38°; cependant la gravité de l'affection est extrême. C'est que, dans ces phlegmasies aiguës, le danger ne vient pas toujours de l'hyperthermie. Il est un autre symptôme dont il convient de tenir grand compte : ce symptôme, c'est l'adynamie.

Les symptômes locaux sont très-prononcés. On constate à la partie postérieure de la poitrine, au lieu du souffle tubaire, un souffle amphorique assez prononcé pour faire croire à la présence d'une excavation. Or, ce signe s'observe

quelquefois au déclin de la pneumonie, au moment où se résout le processus local.

On constate aussi, chez ce malade, de l'œgophonie, une accentuation très-marquée de la parole qui, en quelque sorte, fait écho. Malgré la gravité apparente de cet état local, ce n'est pas de là que résulte le danger. Il vient de l'état général, de l'adynamie, dans laquelle est plongé le malade. La médication excitante (acétate d'ammoniaque, alcool, etc.) a été en vain employée. Chez ce malade, on n'en a rien obtenu.

M. Sée profite de cette occasion pour faire observer qu'on est bien revenu aujourd'hui, en France, de la prétendue action réfrigérante, apyrétique des stimulants diffusibles, si préconisés par les Anglais. On peut y avoir recours, car leur emploi n'est pas dangereux; mais il ne faut pas trop compter sur leurs vertus soit antipyrétiques, soit excitantes. Leur inefficacité, dans ces maladies, vient à l'appui de l'opinion de l'éminent professeur.

§ 5. — Rhumatisme articulaire aigu. — Excellents effets du salicylate de soude.

Le salicylate de soude réussit merveilleusement dans le rhumatisme articulaire aigu. Un malade entré, il y a trois jours, dans le service de M. Sée, pour cette affection récidivée après un intervalle de trois semaines, en fournit la preuve la plus péremptoire. Sous l'influence, sans doute, d'un refroidissement, cet homme a été repris avec un surcroit d'intensité des mêmes accidents. La température s'est élevée à 42°. Toutes les jointures ont été affectées. Sous l'influence de l'administration du salicylate de soude (10 gr. par 24 heures, à prendre dans un julep), la rémission a été des plus remarquables. En ce moment, les articulations sont dégagées, et la température s'est abaissée à 37°. Un pareil résultat mérite de fixer l'attention, Pour obtenir une guérison durable, il faut avoir soin de continuer encore quelque temps l'usage de ce précieux médicament.

§ 6. — L'hyperthermie et l'ataxie. — La méthode de Brandt condamnée par les faits cliniques. — Le lactate de quinine et la méthode hypodermique. — Avantages que réalise, sur le sulfate, le salicylate de quinine.

En France, comme en Allemagne, on tient pour classique que, dans la fièvre typhoïde, le délire et l'ataxie sont en rapports directs avec l'hyperthermie. Cette opinion est infirmée par l'observation clinique. On a vu des typhiques délirer, avec une température de 32°; d'autre part, on en a vu sans aucun délire, avec une température de 42°.

En ce moment même, M. Sée a dans son service un malade atteint de fièvres palustres, réfractaires à l'action de la quinine, qui, lors de ses accès présente une température de 42°. Dans cet état d'hyperthermie, cependant, ce malade, non plus, n'a pas de délire.

L'hyperthermie n'est donc pas une condition absolue des troubles nerveux.

Or, c'est sur cette fausse théorie qu'est basée la méthode de Brandt, par les bains froids, méthode qui, en ce moment, est en train de se ruiner, et ce n'est pas dommage. A Paris, elle est à peu près abandonnée aujourd'hui, sauf par un ou deux médecins, qui continuent à s'en montrer partisans, malgré ses trop nombreux méfaits (hémoptysies, hémorrhagies intestinales, etc.).

Revenant à son malade, atteint de fièvre palustre, M. Sée, vu l'impuissance reconnue du sulfate de quinine administré par l'estomac, a voulu essayer d'un médicament récemment préconisé, en raison de sa grande solubilité. Il s'agit du *lactate de quinine*. On pouvait espérer que cette solubilité rendrait précieuse cette substance, utilisée par la méthode hypodermique. En conséquence, M. Sée a fait dissoudre 0,60 de ce sel dans une très-petite

quantité d'eau, et s'est servi de cette solution pour pratiquer, coup sur coup, deux injections à la région thoracique. La fièvre a été supprimée, mais il s'est produit deux profondes eschares. Donc les injections sous-cutanées avec des substances irritantes se trouvent une fois de plus jugées. Quel que soit leur degré de solubilité, leur action locale n'en est pas moins dangereuse.

Pour prévenir le retour de la fièvre, M. Sée a soumis le malade à l'emploi du *salicylate de quinine* qui, à raison de sa solubilité, est très-bien supporté, et produit des effets deux ou trois fois plus puissants que le sulfate de quinine. Ainsi, 0,40 à 0,50 du premier produisent les mêmes effets que 1 gr. 50 du dernier.

(*A suivre*). Dr E. PICART.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Service de M. LE DENTU

§ 1. — Tumeurs ovariennes et fibro-myomes utérins.

Une malade, couchée au n° 9 de la salle Saint-Charles, est atteinte d'une affection qui présente de l'intérêt, au point de vue du diagnostic différentiel à établir entre les tumeurs ovariennes et les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Cette femme, âgée de cinquante ans, douée d'une excellente constitution, porte dans le flanc droit une tumeur très-appréciable à l'œil. Au premier aspect, on serait porté à poser le diagnostic : *kyste de l'ovaire*. Un examen attentif permet promptement de rectifier cette erreur de diagnostic.

Cette tumeur, située au voisinage de la paroi abdominale, qu'elle soulève, est d'une consistance très-dure, qui exclut tout d'abord l'idée d'une collection kystique. A sa partie inférieure, se dessine nettement un sillon qui la sépare d'une autre tumeur large et dure, occupant la région hypogastrique et plongeant dans l'excavation. Il y a tout à croire que cette seconde tumeur n'est autre que le fond de l'utérus augmenté de volume. La tumeur supérieure jouit d'une assez grande mobilité.

Voici, d'un autre côté, ce que révèle l'exploration interne, pratiquée avec le doigt.

Le col de l'utérus est assez élevé et occupe la ligne médiane. En arrière, le toucher décèle l'existence de plusieurs excroissances polypeuses. En imprimant une impulsion, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans à ces tumeurs, on constate qu'elles sont toutes solidaires.

La multiplicité même de ces produits néoplasiques, les divers siéges dont elles émergent suffisent pour exclure l'idée d'un kyste ovarique, qui est toujours unique, et pour préciser leur point d'origine, qui ne saurait être que l'utérus.

Le diagnostic des fibro-myomes utérins n'est pas toujours facile. L'autopsie a, plus d'une fois, en pareil cas, ménagé des surprises aux praticiens les plus exercés, en décelant la connexion à l'utérus de tumeurs situées bien loin de cet organe.

Il faut savoir, en effet, que certains polypes, après avoir pris leur origine sur l'organe gestateur, s'en éloignent plus ou moins, tout en restant avec lui dans un rapport de connexité, au moyen d'un long cordon fibreux.

Si l'on tient compte des caractères ci-dessus, il devient aisé de poser le diagnostic. Il ne s'agit pas d'une tumeur ovarique, mais de fibro-myomes de l'utérus.

Reste maintenant à envisager la question au point de vue thérapeutique.

Cette femme est arrivée à l'âge de la ménopause, mais la menstruation s'effectue d'une façon normale. Elle n'a jamais eu de métrorrhagie. Sa constitution est très-robuste. Elle fait remonter l'apparition de la tumeur à trois années. Dans ces derniers temps, cette tumeur a acquis un assez notable développement. Ce n'est pas, néanmoins, cette considération qui a engagé la malade à recourir à l'intervention de l'art. Ce sont les souffrances qu'elle endure

depuis quelque temps. Ces souffrances présentent un caractère particulier. Elles sont assez vives, mais intermittentes. Lorsqu'elles cessent de se faire sentir la malade se croirait dans l'état de santé le plus satisfaisant. Elle porte à l'ordinaire une ceinture abdominale, et ne ressent aucune incommodité de son affection.

Dans un cas de cette nature, la règle de conduite est nettement tracée.

Aucune indication chirurgicale n'est, en ce moment, à remplir. Il n'est qu'une chose à faire, calmer les douleurs.

Dans ce but, on aura recours aux moyens de sédation ordinaires. On leur associera un mode thérapeutique qui a plus d'une fois produit d'excellents effets en tant que résolutif. Il s'agit d'injections sous-cutanées et parenchymateuses d'ergotine.

La formule adoptée, en pareils cas, est la suivante :

Glycérine. . . . . 30 grammes.
Ergotine . . . . . 2 —

On injecte une ou deux seringues, de Pravaz, ou plus, par jour de cette solution, soit sous la peau, au voisinage de la tumeur, ou en toute autre partie du corps. Il serait encore préférable de porter cette injection au sein même de la tumeur. Le volume de cette dernière, ses rapports directs avec la paroi postérieure de la paroi abdominale rendraient, chez cette malade, une telle pratiquecomplétement inoffensive.

Il est à espérer que, par l'emploi de ce moyen, joint au port de rigueur d'une ceinture abdominale, cette malade pourra aller longtemps sans se sentir par trop incommodée de l'affection dont elle est atteinte.

§ 2. — Epididymite. — Influence de l'effort sur la production de cette affection.

L'épididymite s'observe le plus ordinairement à la suite de la blennorrhagie. Cette condition étiologique, cependant, n'est pas de rigueur. Elle se produit quelquefois à un âge où une telle cause ne saurait agir. Elle peut être aussi en rapport avec une prédisposition générale. Elle peut constituer, par exemple, une forme insidieuse de la tuberculose.

Le plus et le mieux, cependant, l'épididymite est engendrée par une inflammation aiguë ou chronique cantonnée en un point plus ou moins profond du canal de l'urèthre.

L'effort, qu'il soit violent ou modéré, agit souvent comme cause déterminante et provocatrice de l'épididymite. Il en a été ainsi chez le malade qui nous occupe.

Cet homme est atteint, depuis deux mois, d'un écoulement blennorrhagique devenu insignifiant. Il y a trois jours, il fit un effort pour soulever un sac assez pesant. Il ressentit aussitôt un petit craquement dans la région inguinale gauche.

Le surlendemain seulement, après une nuit un peu agitée, avec de la fièvre, se déclara une épididymite. Il est manifeste que, chez ce malade, l'effort a agi comme cause déterminante.

On ne s'étonnera pas de l'intervalle qui a séparé le moment de l'effort de celui du développement de l'affection qui en a été la conséquence. Un tel résultat peut être immédiat, comme aussi on le voit ne se produire qu'au bout de quelques jours.

§ 3. — Fracture des 2e, 3e et 4e métatarsiens à leur partie moyenne.

Un morceau de fonte de 350 kilogr. est tombé sur le pied d'un malade couché au n° 26 de la salle Sainte-Marthe. L'organe est très-gonflé et douloureux. Le tégument est d'une coloration bleu foncé, qui ne peut provenir que par le fait de la production d'une abondante suffusion sanguine. Cet œdème pâteux qui suit souvent le traumatisme de cette partie du corps, s'explique par la laxité des couches sous-cutanées du tissu connectif, qui facilite à un haut degré leur infiltration. Cette condition particulière rend assez délicate l'exploration du squelette. Les doigts se

perdent dans l'empâtement des parties molles, qui atténue ou même abolit la sensation tactile. A cette difficulté s'en joint une autre. La saillie angulaire des fragments fait généralement défaut à la face dorsale de l'organe, dans les fractures des métatarsiens, eu égard à la prédominence d'action des muscles fléchisseurs du pied.

Chez notre malade, cependant, nonobstant ces conditions, qui rendent l'exploration plus difficile, il a été possible, en procédant avec un grand soin de poser un diagnostic précis de la lésion traumatique dont il est atteint. L'exploration directe du premier et du cinquième métatarsiens est devenue facile, par suite de leur position, qui les rend aisément accessibles. Ils ne sont le siége d'aucune lésion. Quant au trois autres métatarsiens, un examen minutieux a permis de constater une crépitation nette du deuxième et du troisième d'entre eux. Quant au quatrième, le même degré de certitude n'a pu être atteint. Il y a tout lieu de croire, cependant, que, lui aussi est affecté de la même lésion.

Le traitement va consister dans une simple semelle constituée par une bandelette de linge plâtrée, destinée à maintenir le pied dans une immobilité absolue. Dans trois semaines, tout au plus, la consolidation sera obtenue.

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MEDICO-CHIRURGICALE

Traitement du catarrhe de la vessie, par le chlorate de potasse, par le professeur Edlefsen.

(*Deutsoches, archiv. p. Klin. med.* 19 *Bd.* 1 4, 1877.—*Allgem. med. Chi. Zlg.* 1877.)

Le professeur Edlefsen, après avoir passé en revue les théories régnantes et les méthodes usuelles de traitement du catarrhe de la vessie, recommande contre cette affection un nouveau remède qui, d'après ses expériences, s'est montré tout particulièrement efficace.

Il ne partage point l'opinion généralement reçue aujourd'hui, que le meilleur mode de traitement du catarrhe vésical, même dans des cas relativement récents, consiste *dans l'introduction, par l'urèthre dans la vessie, d'eau ou de liquides médicamenteux.* Selon lui, cette manière d'agir présente des dangers et il n'y a recours que dans les cas où les remèdes internes n'agissent pas, c'est-à-dire dans des cas invétérés.

L'urine est une solution éminemment sensible de substances facilement décomposables. Elle est d'autant plus sensible et a d'autant plus de tendance à se décomposer lorsque, comme dans le catarrhe de la vessie, elle contient de l'albumine, des corpuscules blancs et de la mucine. D'autre part, la muqueuse vésicale aussi est douée d'une sensibilité très-grande, et rien ne paraît avoir sur elle une action plus pernicieuse, du moins lorsqu'elle est affectée morbidement, que la réaction alcaline de l'urine. Malgré les précautions les plus minutieuses et la plus scrupuleuse propreté, on n'évitera pas toujours — le cathétérisme le prouve — d'introduire dans la vessie avec les liquides injectés ces petits organismes, qui, par leur développement rapide, provoquent ou précipitent la décomposition de l'urée, et par là concourent à augmenter encore l'alcalinité de l'urine. Dans d'autres cas, ces mêmes petits organismes rendent alcaline et notamment ammoniacale, une urine jusque là acide ou neutre, et ainsi se trouvent augmentés pour la muqueuse vésicale les agents nuisibles que ces irrigations ont justement pour but d'éloigner. (*C. Frambe, Gesam. Beitrage* 2. *pathol. u. physiologic*, 1871, 2 *Bd*).

Hegar aussi, cite un grand nombre *d'insuccès du traitement local*, dans les affections de la vessie, et l'auteur, faisant même abstraction de ce qui précède, croit pouvoir affirmer que, dans ces affections, la préférence doit être donnée au mode de traitement le moins actif, c'est-à-dire à l'introduction dans l'estomac et de là dans le sang d'un médicament qui n'a d'action nuisible

sur aucun organe du corps. Il rend hommage à l'opinion du professeur *Dissel* (Allgemeines Krankenhaus en Wien), que *sans nécessité il ne faut dans la cystite introduire aucun instrument dans la vessie.* De plus, il se présente des cas de catarrhe vésical avec un si grand rétrécissement de l'urèthre que toute introduction de liquide par cette voie devient impossible, et où pourtant le traitement du catarrhe de la vessie ne souffre aucun retard.

Le *nouveau remède* que l'auteur recommande contre cette affection, est le *chlorate de potasse* (*kali chloricum*), qui, administré *per os,* à la dose nécessaire, n'a pas la moindre influence nuisible, ni sur l'organisme en général, ni sur quelque organe en particulier. Le même remède, à en juger par son action sur la muqueuse vésicale morbide, est particulièrement recommandable aussi pour les injections dans la vessie.

La cause des résultats peu satisfaisants obtenus dans le catarrhe de la vessie, provient de ce que la plupart des médecins, « guidés par des préven- » tions erronées et pénétrés d'une » crainte sans fondement », négligent d'employer les remèdes « *les plus efficaces* » ou en limitent l'usage au catarrhe chronique et laissent passer ainsi le temps le plus favorable à leur action. Ces remèdes, « les plus efficaces » sont, avec l'eau prise en grande quantité, et certaines prescriptions diététiques, *l'essence de térébenthine et le baume de copahu.*

« Quiconque, dit l'auteur, est habi- » tué à prescrire contre le catarrhe de » la vessie *l'essence de térébenthine et le* » *baume de copahu,* m'accordera qu'il » est peu de cas qui résistent à ces re- » mèdes, et que ceux qui leur résistent » dépendent, *pour la plupart,* de mala- » dies incurables (tubercules, cancer), » ou ont existé de longue date avant » d'avoir été soumis à ce traitement. » Aucun autre remède, dans le catarrhe de la vessie, ne rend aussi sûrement et aussi promptement acide une urine jusque là alcaline, comme l'essence de térébenthine, et, en seconde ligne, le baume de copahu. Contrairement à l'opinion de *Niemeyer*, ils sont, non-seulement applicables aux catarrhes qui traînent en longueur, mais encore ils donnent les meilleurs résultats dans les cas récents. Le professeur *Edlefsen* a toujours prescrit avec succès le baume de copahu dans le catarrhe vésical blennorrhagique aussitôt après l'apparition des premiers symptômes, et dans les catarrhes aigus de fraîche date, dépendant d'autres causes, il a vu souvent, après peu de jours déjà, l'emploi de l'essence de térébenthine être suivi d'une amélioration notable.

Si l'on considère que chez l'homme l'urine normale a une réaction acide, que, par conséquent, la muqueuse vésicale est habituée à une urine acide, il faut admettre *que la réaction alcaline de l'urine ne convient pas à la vessie.* Il en découle, *à priori*, que dans le catarrhe vésical *la réapparition de la réaction acide* doit être regardée comme un signe du retour de rapports plus normaux. Pour atteindre ce but, on a préconisé les *acides minéraux*, mais ils n'ont point répondu à l'attente. Par contre, l'expérience apprend, que dans le catarrhe vésical (à moins qu'il ne s'agisse de cas particulièrement graves et invétérés) *l'essence de térébenthine ou le baume de copahu, peu après leur introduction dans l'estomac,* parfois même en quelques heures, rendent acide une urine jusque-là alcaline, même ammoniacale. Les mêmes remèdes diminuent aussi la sécrétion catarrhale, et le retour de la réaction alcaline par elle-même aussi a une influence favorable sur l'état de la muqueuse, en même temps que les symptômes subjectifs cèdent souvent très-rapidement, — Mais d'où vient-il, qu'en contradiction avec ce qui précède, les eaux minérales alcalines jouissent depuis si longemps d'une aussi bonne réputation dans le traitement du catarrhe de la vessie, au point même que *Lebert* vante le bicarbonate de soude comme le remède curatif ?

L'auteur n'en dit rien, il se contente de mentionner que, dans l'emploi des eaux minérales, la *forte dilution de l'urine* par la grande quantité d'eau ingérée, donc le « lavage » de la vessie, doit jouer le rôle capital. — Il ne peut nier aussi, que, dans certains cas particuliers, l'essence de térébenthine est capable de produire des symptômes d'irritation, d'inflammation des reins et de la vessie, voire même de l'hématurie, mais il désigne ces cas comme de *rares exceptions*, qui ne l'ont point empêché de faire usage de l'essence de térébenthine et du baume de copahu, en exceptant toutefois les cas compliqués d'ulcère de l'estomac, de catarrhe stomacal, de néphrite, et ceux, où, peu après l'administration de ces remèdes, il s'est produit des malaises dyspepsiques et autres semblables. — L'acide tannique, les feuilles d'uva ursi, l'acide salicylique, l'acide benzoïque, se montrent bien parfois efficaces, mais leur effet n'est pas constant.

Fort de ses observations, l'auteur se croit en droit de pouvoir recommander en toute assurance le nouveau remède qu'il préconise, le *chlorate de potasse*, qui effectivement a une action curative. Il est rationnel, ne fatigue jamais l'estomac et est tout-à-fait inoffensif. Il s'est montré très-efficace dans un grand nombre de cas, et dans ceux, où la térébenthine semblait contre-indiquée, il l'a remplacée avec avantage.

Isambert déjà avait prouvé (1856) que les chlorates, administrés intérieurement, passaient dans l'urine : procédant par analogie, de l'action spécifique du chlorate de potasse sur la muqueuse buccale, il n'y avait qu'un pas pour espérer, sur la muqueuse vésicale, une influence favorable aussi de l'*acide chlorhydrique* excrété, non modifié par l'urine, d'autant plus que les deux muqueuses sont revêtues d'un *épithélium semblable*. — Expliquer l'action du remède uniquement par une influence contractive sur les fibres musculaires des vaisseaux, comme le fait *Husemann*, ne semble pas juste à l'auteur, car ici il ne s'agit pas seulement de limiter l'hypérémie et le catarrhe, mais encore d'obtenir la guérison des ulcères. La guérison, souvent si étonnamment rapide, des ulcères de la bouche produit une impression comme si ce remède *provoquait la formation d'une nouvelle couche épithéliale*. — Enfin, les résultats obtenus avec le chlorate de potasse dans le catarrhe de la vessie sont on ne peut plus favorables ; pourtant, il y a des cas aussi où il est inefficace, et c'est pour ces derniers que l'auteur réserve l'essence de térébenthine et le baume de copahu.

Sa formule ordinaire pour *les adultes* est :

Pr.	Chlorate de potasse . .	15.0
	Eau distillée.	300.0

M. S. A. A prendre une cuillerée à soupe toutes les deux, trois heures.

Le prof. *Edlefsen* met quelque importance à ce mode d'administration. Selon lui, il est nécessaire d'introduire le remède dans l'estomac à des intervalles assez rapprochés, afin d'obtenir une excrétion régulière et non interrompue à travers les reins. Bien des malades, après un usage un peu prolongé du chlorate de potasse, en prennent du dégoût à cause de son goût fade. Dans ces cas, il conseille d'ajouter à la solution de *l'eau de laurier-cerise* (environ 10 pour 300), mais il déconseille pour adultes toute addition de sirop.

Quant au mode d'action du médicament, il remarque que, sous son influence, on voit, en général, *le pus rapidement diminuer dans l'urine, les symptômes subjectifs presque toujours disparaître ou s'amender*, même dans les cas où l'excrétion du pus persiste, et *la plupart du temps, la réaction acide de l'urine promptement se rétablir*, pourtant pas aussi vite qu'avec la térébenthine ; enfin, selon lui, le point capital de l'action du remède est, *d'un côté, dans la diminution de l'excrétion, et de l'autre, dans le rétablissement d'une muqueuse*

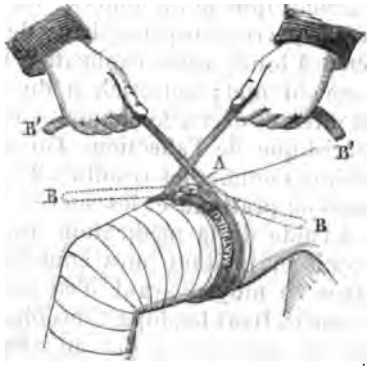
normale, peut-être même dans la formation d'une nouvelle couche épithéliale.

Dr SMITH (de Moscou).

L'appareil ischémique d'Esmarch.

Il a été si souvent question, dans ces colonnes, de l'appareil d'Esmarch, que nous pensons être agréables à plus d'un de nos lecteurs en reproduisant ici, avec quelques explications, deux figures dont M. Mathieu a bien voulu nous confier les clichés.

L'appareil d'Esmarch est constitué par une longue bande de tissu élastique (six mètres), et par un cordonnet de caoutchouc qui se fixe sur la partie la plus élevée de cette même bande une



fois appliquée. L'effet de ce cordonnet est de mettre obstacle au retour de sang, dans l'organe devenu exsangue, par le fait de la compression ischémique.

La figure ci-contre donne une idée exacte de l'appareil et de son mode d'application.

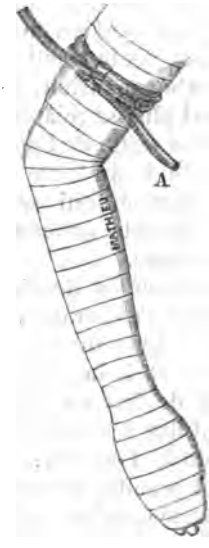
L'opération se pratique en trois temps.

Le *premier temps* consiste dans la pose de la bande élastique autour du membre, qu'elle enveloppe exactement, à partir de son extrémité libre jusqu'un peu au-delà de la partie sur laquelle doit être pratiquée l'opération.

Il est, dans ce premier temps, une précaution à prendre, qui n'a pas été indiquée par le dessinateur. Il eût dû laisser libre, et non recouverte, au-delà des doigts, selon une longueur de quelques centimètres, l'extrémité de la bande, pour faciliter, en temps et lieu, son déroulement de bas en haut, manœuvre dont il sera bientôt fait mention.

Le *second temps* a pour objet de prévenir le retour du sang, après l'enlèvement de la bande compressive, dans le membre rendu exsangue, par le fait de la compression élastique.

Lorsque la méthode en était encore à sa période initiale, l'hémostase était obtenue à l'aide d'une seconde bande



élastique, enroulée, puis bouclée sur les dernières doloires de la bande ischémique. Depuis, on a eu recours à un mode plus expéditif et n'exposant pas ce lien d'arrêt à de faciles déchirures. A la bande élastique plate on a substitué un gros cordonnet de caoutchouc, terminé à ses extrémités par un système de gourmette, c'est-à-dire par un crochet et une série d'anneaux fixateurs.

Plus simple et plus commode encore est le mode adopté par M. Mathieu, et dont le dessin ci-contre reproduit fidèlement l'idée.

Il consiste en un double anneau métallique. L'un de ces anneaux est plein; l'autre est ouvert.

Le cordonnet élastique, de l'épaisseur du doigt, B, B, B', B' est engagé, par sa partie moyenne, dans l'anneau complet. Le cordonnet est enroulé deux fois autour de l'organe. A ce moment, on en saisit les deux chefs B', B' sur lesquels on exerce une forte traction, à l'effet d'exercer sur le membre une forte compression circulaire.

La tension des chefs a pour effet de les allonger et d'en diminuer d'autant le diamètre. Ainsi amincis, les cordonnets sont engagés l'un contre l'autre dans l'anneau ouvert où, par suite de l'expansion du caoutchouc, ils se trouvent à plein aussitôt qu'on a cessé d'opérer sur eux toute traction manuelle. Grâce à cette expansion, le lien circulaire ne peut plus se relâcher.

Le *troisième temps* de l'opération consiste à mettre à nu toute la partie de l'organe ischémié, qui se trouve au-dessous du double anneau compressif ou hémostatique.

Pour effectuer ce dernier temps, il suffit de saisir l'extrémité digitale de la bande laissée libre au-delà des premières doloires, et de la dérouler en sens inverse, ou de bas en haut, jusqu'au collier, qui fixe les dernières doloires, qu'il est inutile d'enlever.

Il ne faut prendre aucun souci de la bande déroulée, qu'on se borne à écarter, durant le cours de l'opération. Celle-ci une fois terminée, on enlève les deux cordons de caoutchouc de leur anneau ouvert, par une manœuvre inverse de celle qui a été effectuée pour leur introduction; on dégage ainsi, au dernier moment, les dernières doloires de la bande élastique.

Pour compléter ces données, ajoutons que le prix de l'appareil est de 15 francs.

Vingt-cinq cas de coqueluche traités par l'acide phénique.

M. le Dr Ortille, de Lille, a consacré, sous ce titre, un article publié dans *l'Abeille médicale*. Le procédé est bien simple : il consiste à faire respirer aux malades, au moment des crises, de l'acide phénique, contenu dans un flacon à large tubulure.

Nous ne reproduirons pas ici les observations de notre confrère. Nous nous bornerons à dire que les faits qu'il invoque à l'appui de l'efficacité de son traitement sont de nature à inspirer confiance dans son efficacité. Comme une telle pratique est des plus inoffensive, on peut au moins sans craindre en essayer. A l'expérience de prononcer en dernier ressort.

M. Ortille termine son article par des réflexions que nous croyons bon de reproduire textuellement.

« Je n'aborderai point ici l'étude de la nature de l'affection, quoique, par le traitement que je lui oppose, on peut voir que je crois au parasitisme, de préférence à toute autre explication de la nature du mal; Letzerich a du reste démontré et décrit le champignon caractéristique de l'affection. J'ai voulu seulement donner les résultats de deux années de pratique et les succès obtenus à l'aide de la médication que j'ai préconisée, invitant mes confrères à essayer ce moyen avant d'en nier la puissance. Dans la plupart des observations qui précèdent, j'ai eu affaire à une affection sévissant en même temps, sur des enfants de la même famille qui habitaient le même appartement, et tous les praticiens connaissent la résistance opiniâtre et la longueur de cette affection quand ces conditions se trouvent réunies.

» Il y a deux ans, j'employais concurremment avec les inhalations, les anti-spasmodiques: belladone, hyosciamine, chloral, bromure de potassium, etc., etc., comme on peut le voir par les observations qui précèdent, je n'ai plus recours maintenant qu'à l'acide phénique. J'ai donc le droit d'attribuer à ce médicament seul, les guérisons rapides obtenues, car j'ai laissé de côté toute autre médication, même les vo-

mitifs, pour n'employer absolument que les inhalations faites avec l'acide phénique. J'y joins seulement les promenades au grand air, et une alimentation substantielle.

» J'ajouterai que c'est contre la coqueluche simple, et exempte de toute complication que j'emploie les inhalations ou pulvérisations phéniquées. Il y a contre-indication, chaque fois que la fièvre arrive et dénote une lésion inflammatoire quelconque.

» En terminant, je rappellerai que c'est pendant la quinte, au moment où l'inspiration sifflante, qui suit les expirations prolongées, se produit, que je fais approcher de la bouche de mes petits malades, le flacon à large tubulure contenant le médicament; l'inspiration est alors très-énergique, et les vapeurs sont portées profondément dans l'arbre aérien. De même, après l'expulsion des mucosités, je fais maintenir l'acide phénique dans la colonne d'air aspiré; les voies sont alors débarrassées momentanément du mucus qui tapisse la muqueuse bronchique, et les inhalations peuvent atteindre le champignon, cause première de l'affection. »

Des effets physiologiques et thérapeutiques du phosphate de chaux, par le Dr Jules REGNARD.

Le phosphate de chaux est un médicament aliment, assez semblable, pour la façon dont il se comporte dans l'économie, au chlorure de sodium. Comme ce dernier, si on l'administre solubilisé, il passe dans les urines, et on a voulu en induire qu'il ne s'assimilait pas. Mais, comme tous les médicaments, il se retrouve dans les urines après avoir exercé dans l'économie son action dynamique et biologique ; et, en tant qu'aliment, il peut s'y retrouver encore comme produit de désassimilation, par suite du renouvellement amené dans les tissus par son introduction.

Parmi les effets physiologiques du phosphate de chaux, quelques-uns sont bien démontrés et ont pu servir à des applications thérapeutiques, mais beaucoup me paraissent encore hypothétiques. Il n'en est pas de même des résultats thérapeutiques. Ceux-ci frappent le praticien, et se sont eux surtout qui doivent le guider.

Il y a trois ans que, pour la première fois, j'ai employé le phosphate de chaux sous une forme absorbable. J'ai débuté par des phthisiques à des degrés divers, et, chez presque tous, j'ai observé une amélioration remarquable. L'appétit et le retour des forces, la diminution de la toux, ont suivi de près l'administration du médicament. Quelques-uns de ces malades sont morts, il est vrai; d'autres traînent, et après une suspension plus ou moins prolongée, le phosphate de chaux vient encore leur donner un coup de fouet favorable. Chez d'autres enfin, l'amélioration a persisté, et sans vouloir dire qu'ils sont guéris, ils doivent certainement à cette médication un retour à la santé qu'aucun autre n'avait procuré.

Depuis, j'ai encore employé avec le même succès le phosphate de chaux dans la plupart des cas de phthisie que j'ai eu à traiter. Je dis la plupart, parce que j'ai remarqué que, dans la forme éréthique, comme aussi dans la phthisie laryngée, le phosphate de chaux n'a guère d'action et qu'il est même quelquefois nuisible. J'en ai obtenu également d'excellents résultats dans la scrofule, dans les anémies, les convalescences, dans un cas de blessure du pied par une arme à feu, avec complications graves et état cachectique consécutif. Je n'en ai jamais fait usage dans les fractures, mais si j'avais affaire à des vieillards, je n'en négligerais certainement pas l'application.

Mais il ne s'agit pas d'administrer le phosphate de chaux d'une façon banale, car du mode de préparation employé dépend presque tout le succès, et je suis convaincu que ceux qui ont échoué, le doivent en partie à l'ignorance de ce fait. Tous les bons résultats que j'ai obtenus depuis trois ans,

je les dois au chlorhydro-phosphate de chaux, à la solution Coirre, et ce qui m'a fait préférer, dès l'origine, cette préparation, c'est le principe sur lequel elle est basée, à savoir que l'acide chlorhydrique étant l'acide du suc gastrique, c'est la forme sous laquelle le phosphate de chaux pénètre physiologiquement dans l'économie. Aujourd'hui, il est vrai, quoique cette opinion ait encore gagné en faveur et soit à peu près admise, je n'y attacherais pas autant d'importance. Les résultats obtenus me paraissent, en effet, primer toute autre considération, d'autant qu'il se pourrait que le chlorure de calcium que renferme le chlorhydrophosphate de chaux entre pour une part dans ses effets. Il y aurait encore un autre motif qui me le ferait rechercher aujourd'hui, c'est la facilité de son administration. Si on le prend en mangeant et mêlé à un peu de vin, il passe complètement inaperçu, de sorte que, même chez les enfants, on peut le continuer autant qu'on le désire.

Puissent mes confrères qui n'ont pas employé ce médicament, partager ma conviction, et leur arsenal s'augmentera d'une arme qui leur rendra de fréquents services.

GYNÉCOLOGIE

—

Nous reproduisons, en les empruntant au *Lyon-médical*, qui les a puisés lui-même à la source de divers organes de la presse médicale étrangère, les faits suivants de gynécologie. De ce rapprochement résulte un double avantage. Non-seulement ces faits sont dignes d'un grand intérêt, au point de vue de la pathologie utérine, mais encore ils nous fournissent des renseignements précieux, pour ce qui a trait à la pratique.

Inversion utérine datant de seize mois ; opération ; guérison. (*The Lancet.*)

Cette intéressante observation se rapporte à une jeune femme de 21 ans, qui après un accouchement naturel avait été délivrée artificiellement, le placenta ayant présenté des adhérences anormales (?). Quoi qu'il en soit, trois semaines après ses couches elle avait ressenti, en allant du ventre, une douleur vive dans l'hypogastre, en même temps qu'une tumeur était venue faire saillie à la vulve.

Quand l'auteur vit la malade, l'accident remontait déjà à une date éloignée, aussi crut-il avoir affaire à un polype utérin et en proposa-t-il l'ablation. La tumeur fut attirée au dehors, et déjà l'opérateur se disposait à placer la chaîne de l'écraseur à sa base lorsqu'il reconnut son erreur. On prescrivit les opiacés, le repos ; mais les hémorrhagies se répétèrent, les tentatives de réduction par le taxis restèrent sans résultat, et la malade tomba dans un état d'anémie tel que Wilson se décida à pratiquer une opération radicale. Il attira la tumeur au dehors, la malade étant placée dans la position dite *à la vache*, appliqua un spéculum de Sims et fit sur le col utérin trois incisions d'un quart de pouce de profondeur et de trois quarts de pouce de longueur. La réduction de l'utérus renversé se fit alors sans difficulté. Il n'y eut qu'une hémorrhagie peu considérable. Un écart de régime vint compromettre, vers le quinzième jour, les résultats de cette opération, heureusement les accidents furent conjurés à temps. Quatre mois après la menstruation reparaissait, et six mois plus tard M. Wilson pouvait constater que la guérison ne laissait rien à désirer, quoique l'utérus eût contracté quelques adhérences en avant.

Cette observation démontre deux choses : 1° que, dans ces cas, l'obstacle qui s'oppose à la réduction peut avoir pour siége le col, et vraisemblablement son orifice interne ; 2° qu'en présence d'un utérus renversé, même depuis longtemps, il y a quelque chose de mieux à tenter que l'extirpation si complaisamment proposée par quelques chirurgiens contemporains.

Sur l'inversion de l'utérus.

On lit dans l'*Edimbourg Medical Journal* de mars 1877 cinq observations de Mathews Duncan sur des cas de renversement de l'utérus. Deux de ces faits se rapportent à des cas d'inversion aiguë, c'est-à-dire s'étant produits immédiatement après l'accouchement; l'une des deux malades mourut. Dans les trois autres cas, il s'agissait de prolapsus chronique. L'un des trois fut traité avec succès par le taxis forcé, l'autre par le taxis combiné avec une opération; dans le dernier cas, on en vint à l'extirpation de l'utérus et la malade mourut. — Duncan fait remarquer à ce sujet que, selon lui, le col de l'utérus n'apporte aucun obstacle à la réduction, et cela parce que chez la malade qui mourut il put, à l'autopsie, faire franchir sans aucune difficulté le col par le corps utérin renversé. Dans le cas où il en vint à l'incision, il la fit porter sur le corps de l'utérus, et n'obtint qu'une réduction fort imparfaite tout d'abord. Seulement, en examinant sa patiente plusieurs jours après, il trouva l'organe à sa place normale. Duncan fait remarquer, en terminant, que l'extirpation de l'organe en pareil cas ne saurait être considérée comme un mode de traitement, mais seulement comme un moyen d'en éluder les difficultés. (*London Medical Record*, juin 1877.)

Malgré les assertions de l'auteur, en présence de l'observation de Wilson que nous venons de citer, on ne saurait négliger dans certains cas de pratiquer le débridement du col.

Rétroflexion de l'utérus vierge chez une jeune fille de quatorze ans; symptômes aigus. (*The British Medical Journal.*)

E. M..., âgée de 14 ans, d'une délicate constitution, vint se présenter au docteur Holland. Elle est au début de la puberté. Ses dernières règles ont été extrêmement abondantes et se sont accompagnées de vomissements. Actuellement, elle présente des symptômes qui peuvent faire penser aux débuts d'une fièvre typhoïde. La fièvre est intense, la langue sèche et jaunâtre. Céphalalgie frontale, ventre douloureux. Mais ces douleurs ont un caractère particulier : ce sont en quelque sorte des crampes qui cessent et reparaissent avec des paroxysmes plus ou moins fréquents. Elles siégent surtout dans le bassin. La miction s'accompagne d'une sensation de coupure (*cutting micturition*).

On prescrit inutilement des fomentations tièdes avec la décoction de tête de pavot et de l'opium à l'intérieur. Les souffrances continuent. C'est alors que la mère de l'enfant fait remarquer au Dr Holland que les douleurs de sa fille sont tout à fait semblables aux douleurs de l'enfantement. Elles ont la même intermittence et provoquent les mêmes cris.

Le doigt introduit dans le vagin rencontra en effet le fond de l'utérus en rétroflexion, formant une saillie chaude et horriblement douloureuse. L'utérus fut redressé à l'aide de la sonde utérine, et immédiatement tous les symptômes disparurent. Le lendemain la pauvre jeune fille était dans un état de parfaite santé.

Les faits de cette nature sont sans doute d'une extrême rareté. Disons, cependant, que, comme le fait remarquer l'auteur, ils doivent souvent passer inaperçus, car l'on ne songe guère à pratiquer le toucher vaginal chez une jeune fille vierge, bien réglée, et qui présente les signes d'une fièvre typhoïde au début.

Imperforation de l'hymen, nouveau procédé opératoire (*Annali universali di Medicina e chirurgia*).

C'est moins en raison du procédé opératoire qu'a suivi l'auteur que des symptômes signalés dans son observation que nous donnons ici l'analyse du fait. Il vient, du reste, nous démontrer, comme le précédent, à quelles erreurs on est exposé en pathologie utérine,

lorsque l'on ne peut pas pratiquer un examen complet.

Le Dr Olioli fut appelé le 15 octobre 1876 auprès d'une robuste jeune fille de 17 ans, qui, en vendangeant, avait ressenti, la veille, des douleurs vives avec une sensation de pesanteur à l'hypogastre. Elle continua pourtant son travail. Mais le lendemain elle dut faire appeler un homme de l'art. Le Dr Olioli pensa qu'il s'agissait de la période menstruelle. Néanmoins les douleurs persistèrent pendant une huitaine de jours, beaucoup plus vives quand la malade voulait se coucher que lorsqu'elle restait debout. Tout rentra dans l'ordre jusqu'au 1er novembre. A cette époque, nouvelles douleurs, présentant toujours les mêmes caractères, et cédant spontanément au bout de quelques jours. Mêmes phénomènes le 2 janvier et le 4 février.

Ce fut alors seulement que le Dr Olioli, voulant se rendre compte de la cause de ces phénomènes, eut l'index arrêté à la vulve par un hymen imperforé, dur et faisant une saillie arrondie et réductible. Il le traversa d'un coup de trocart. Une quantité de sang altéré s'écoula. Ce trocart lui servit ensuite à passer de dedans en dehors un fil à travers cet hymen, et grâce à cette anse il put exciser une portion circulaire au centre de cette cloison. Par l'orifice ainsi créé, l'on put retirer une quantité considérable de caillots anciens transformés en une matière épaisse et filante comme de la poix. Cette opération mit immédiatement fin à tous les accidents que présentait la malade.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Œsophagisme. Injection hypodermique de chlorhydromorphine. Guérison. — M. le docteur Reichard est appelé, il y a huit jours, hors ville auprès d'un homme qui subitement, lui dit-on, a été pris de suffocation et spasmes très-pénibles de l'arrière-gorge. — Le malade était, lorsqu'il le vit, dans un grand état d'agitation; la respiration se faisait convenablement, mais il souffrait d'une soif ardente, et toutes les fois qu'il cherchait à prendre des boissons, il se produisait instantanément de très-douloureuses contractions du pharynx et de l'œsophage. Le liquide, qu'il avait essayé d'introduire était violemment rejeté. La salive même ne passait pas et obligeait le malade à un crachement perpétuel. Cet état était survenu brusquement, sans cause appréciable, alors qu'il allait se mettre à table pour prendre son repas.

L'inspection de la gorge, faite par MM. les docteurs Reichard et J. Bœckel, ne dénota ni affection inflammatoire, ni gonflement des parties accessibles à l'œil, et il n'y avait point lieu, d'après les renseignements recueillis, de supposer qu'il en pouvait exister plus bas.

Cet appareil symptomatique, atteignant un homme dont la santé était jusqu'à ce moment parfaite, fit craindre tout d'abord qu'on n'eût devant soi un malade atteint d'hydrophobie, hypothèse que l'on dut rejeter plus tard.

Les circonstances dans lesquelles le fait s'était produit ne pouvait faire admettre que les accidents spasmodiques fussent provoqués par un corps étranger engagé dans l'œsophage, ou quelque agent toxique ou irritant que le malade aurait avalé, soit par mégarde, soit intentionnellement.

Bref on ne put assigner à cet état de choses aucune des causes habituelles des spasmes pharyngo-œsophagiens, et

le malade, homme d'une trentaine d'années, n'avait jusqu'à ce jour présenté de trouble nerveux d'aucun ordre. Il était toutefois quelque peu adonné à la boisson; mais les accidents en question avaient éclaté alors que manifestement il ne subissait aucune influence alcoolique.

Une abondante saignée locale et plusieurs injections hypodermiques successives de morphine, qui, au total, représentaient 6 centigrammes de chlorhydrate de morphine injectés, amenèrent rapidement l'assoupissement du malade. Le lendemain il était très-fatigué, mais la déglutition se faisait de nouveau. Les accidents ne se sont plus reproduits depuis; pendant quelques jours cependant cet homme ressentit une grande prostration.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

De la transfusion directe du sang d'agneau, par le Dr Oscar Hasse, de Nordhausen. (*Tageblatt der 46 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden.*

Encouragé par les succès obtenus par le Dr Gesellius, de Saint-Pétersbourg, au moyen de la transfusion du sang, M. Hasse, après avoir pratiqué une série de transfusions indirectes, avec du sang humain défibriné, dans lesquelles il a obtenu des résultats assez satisfaisants, a effectué la transfusion directe avec du sang d'agneau. Il l'a mise en œuvre chez douze malades, affectés : cinq fois de phthisie pulmonaire, deux fois de chlorose opiniâtre; deux fois de cachexies consécutives à un long séjour au lit pour dysentérie et fièvre puerpérale, une fois de cachexie par spondylarthrocace avec suppuration profuse, une fois de cachexie par carcinôme de l'estomac, une fois, enfin, d'anémie aiguë, consécutive à des hémorrhagies profuses, déterminées par un accouchement prématuré par placenta prævia.

Les résultats ont été généralement satisfaisants. Dans un cas, seulement, ce succès n'a été que temporaire. C'est chez les phthisiques que les effets obtenus ont été le plus surprenants. A la suite de cette opération, la toux et l'expectoration ont sensiblement diminué; la fièvre hectique a disparu, l'appétit est devenu excellent, les forces se sont relevées rapidement, et à ce point que ces malades qui, depuis longtemps ne quittaient plus le lit, ont pu bientôt se lever et reprendre l'exercice de leur profession. En outre, l'examen physique a permis de constater que le mal local avait subi une amélioration progressivement marquée.

Pour pratiquer cette opération, il faut deux canules de verre, dont l'une est introduite dans l'artère carotide de l'agneau, l'autre dans une veine de l'avant-bras du malade ; ces canules sont ensuite réunies l'une à l'autre par un tuyau de gomme élastique.

La réaction consécutive à ces transfusions directes est beaucoup plus tumultueuse qu'elle ne l'est ordinairement après la transfusion du sang humain défibriné. Une dyspnée, pouvant s'élever jusqu'à l'apnée, a souvent obligé à interrompre l'opération au bout de 60 à 90 secondes. Près d'une demi-heure plus tard survient, presque toujours, un violent frisson; il se produit, tout d'abord, un léger abaissement de la température, laquelle s'élève ensuite de plusieurs degrés, montant même jusqu'à 40°9. A ce moment, le malade éprouve un sentiment de fatigue, et tombe ordinairement dans un profond sommeil. A partir de cet instant, les bons effets du renouvellement du sang ne tardent pas à se montrer.

Les phénomènes accessoires qu'on observe parfois, après la transfusion, sont des douleurs, dans les dépendances des nerfs spinaux inférieurs; un exanthème urticaire. Quand il a été fait une transfusion un peu considérable de sang, il est de règle de noter une seule et unique élimination d'albumine et de matière colorante du sang par les urines.

Observation d'atrésie vaginale. — L'atrésie vaginale d'origine congénitale n'est pas très-fréquente, et les procédés opératoires qui ont été proposés dans ces dernières années rendent cette difformité curable dans la grande majorité des cas.

L'observation rapportée par M. Brown a trait à une femme de vingt-huit ans, mariée depuis un an et chez laquelle toute tentative de coït avait été impossible. Le toucher vaginal fit, en effet, découvrir une sorte de diaphragme situé à environ 6 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. Après quelques tâtonnements, on découvrit, au centre de cette membrane, un petit orifice qui admettait à peine l'introduction de la sonde utérine. L'utérus paraissait normal.

Après avoir éthérisé la malade, le Dr Symington introduisit un petit spéculum dans le vagin et pratiqua trois petites incisions sur la membrane obturatrice, de manière à permettre l'introduction d'un dilatateur de Simpson. Celui-ci fut graduellement dilaté jusqu'à ce que la membrane ait cédé. Un tampon imbibé de glycérine et de laudanum fut ensuite introduit dans le vagin. La malade n'eut aucun accident inflammatoire; elle porta pendant plusieurs semaines un dilatateur en verre de Sims et la guérison fut aussi complète que possible.

Un an après l'opération, il n'existait aucune rétraction cicatricielle et les rapports sexuels n'étaient pas douloureux.

M. Symington fait remarquer l'avantage de la lacération sur l'incision dans le traitement de l'atrésie vaginale. Lorsqu'on emploie le bistouri, la guérison n'est jamais complète, par suite de la rétraction cicatricielle inévitable. (*Boston med. and surg. Journal.*)

Guérison des hémorrhoïdes par le thermo-cautère. — Voici le procédé décrit et employé par Reeves, de Londres. Le poinçon du thermo-cautère est chauffé au rouge sombre et introduit du sommet de la tumeur jusqu'à la base. On a soin de retirer l'instrument avec une grande lenteur en lui imprimant, sans secousse, un léger mouvement de rotation. En procédant ainsi, on n'a pas à redouter d'hémorrhagie, et s'il y a un petit écoulement de sang, il est facilement arrêté par une simple application du cautère. Aussitôt après l'application. Reeves applique un suppositoire de trois centigrammes de morphine, et pendant les deux ou trois jours qui suivent, l'usage du médicament est continué pour constiper le malade. L'auteur a traité ainsi avec succès dix-huit malades dans son service d'hôpital; au bout de huit jours, la guérison a toujours été complète. Reeves énumère ainsi les avantages de son procédé: 1° rapidité de l'opération; 2° rapidité de la guérison; 3° il n'a observé ni hémorrhagie secondaire, ni abcès, ni fistules, ni rétrécissements, ni rechutes, à la suite de l'emploi de sa méthode; 4° on n'enlève aucune partie, chose très-importante pour bien des malades; 5° vu le peu de durée qu'exige l'opération, il n'est point nécessaire d'administrer de chloroforme.

(*Bordeaux méd.*)

Du traitement des plaies graves des doigts par le pansement au diachylon, — Le docteur Lespine vante les bons effets que l'on peut tirer du pansement par le diachylon de Chassaignac dans les plaies avec écrasement des doigts et d'après la pratique de son maître, le docteur Desprès, de l'hospice Cochin. Cette pratique consiste à ne jamais amputer, à nettoyer la plaie et à en extraire les corps étrangers et les esquilles, puis à appliquer le pansement au diachylon dit *par occlusions*. Sur 53 cas d'écrasement des doigts où elle a été appliquée, il y a un seul cas de tétanos et pas un cas d'infection purulente.

(*Bull. de Thérap.*)

Traitement de la grenouillette. — M. le Dr Panas a souvent réussi à guérir la grenouillette en in-

jectant dans la tumeur de quatre à dix gouttes d'une solution concentrée de chlorure de zinc. Citons, entre autres, un cas rebelle où l'excision, la suture et le drainage avaient successivement échoué; le contenu du kyste s'était toujours reproduit, et, finalement, on se contentait de ponctionner de temps en temps la tumeur pour combattre les accès de suffocation. Huit ou dix gouttes d'une solution de chlorure de zinc au dixième furent injectées, sans qu'on prît la peine d'évacuer le contenu du kyste; quelque temps plus tard, la même injection fut répétée avec une solution au cinquième. Le résultat ne se fit guère attendre, et moins de cinq semaines après le début du traitement, la guérison était complète. Cette méthode est applicable à toute espèce de kyste muqueux ou séreux. Elle a réussi encore dans un cas de kyste sous-hyïodien, qui avait résisté à la cautérisation et à l'action de la teinture d'iode, et fut guéri par une seule injection de chlorure de zinc. (*Mon. thérap.*)

Traitement propre à expulser le lombric. — Pour expulser les lombrics, la santonine, en raison de la constance de ses effets, de l'absence de goût et du petit volume de la dose, est préférable à tous les vermifuges anciennement employés, tels que la mousse de Corse, le semen-contra, l'absinthe marine, le calomel et le kamala. On l'administre mélangée avec du sucre ou du miel, ou bien en pastilles. La dose, pour un enfant, est de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr., et de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 centigr. pour un adulte. — M. Bouchut proportionne les doses à l'âge des enfants. Il prescrit 5, 10, 15 ou 20 centigrammes par jour, suivant que les enfants ont 1, 2, 3 ou 4 ans. — On doit continuer l'usage du remède pendant plusieurs jours de suite; après quoi, il est bon de lui faire prendre un léger purgatif. — L'inspection microscopique des matières expulsées peut donner des indications précises sur l'opportunité de continuer ou de cesser l'administration du remède.

(*Le Courrier médical.*)

Contribution à l'histoire des fractures par armes à feu, de l'articulation de la hanche, par M. Deissinger, de Berlin (*Deutsche Milit. Zeitschrifs*). — La statistique qui sert de base à ce travail comprend 138 cas empruntés à la guerre franco-allemande. Sur ce nombre, il y eut 45 résections, dont une primaire (guérie); 27 intermédiaires, de 2 à 28 jours de date (une guérison); 13 secondaires (4 guérisons); 4 sans indications de la période où l'opération fut pratiquée (une guérison) : en tout, 7 guérisons, dont chacune a demandé de 8 à 10 semaines.

Sur 27 désarticulations, pas une seule guérison, 11 primaires, 5 intermédiaires, 5 secondaires, 2 inconnues, plus 6 dont les détails sont insuffisants.

Enfin, des 66 cas traités par la chirurgie conservatrice expectante, 13 guérirent.

En résumé, sur 138 cas, 19 guérisons, et sur 72 opérés, 7 guérisons. La chirurgie conservatrice est dont préférable.

Absence du vagin. — *Opération suivie de succès.* — La femme qui fait le sujet de cette intéressante observation vint consulter M. Rokitansky pour des douleurs se manifestant pendant le coït. L'examen démontra que ces tentatives de coït avaient eu lieu par l'orifice uréthral et que le vagin était totalement oblitéré. La malade présentait le type féminin. Les douleurs lombaires et autres symptômes annonçant l'évolution menstruelle s'étaient manifestés depuis l'âge de dix-sept ans. L'examen qui fut pratiqué par le rectum démontra la présence d'un utérus qui, quoique rudimentaire, paraissait fonctionner. Sur les instances de la malade, M. Rokitansky procéda à la création d'un vagin artificiel. Après avoir pratiqué une incision au-dessous de l'ori-

fice uréthral et formé ainsi un cul-de-sac, il en augmenta graduellement la profondeur par des incisions successives, jusqu'à ce qu'il fut arrivé sur l'utérus. L'opération, qui avait demandé plusieurs séances, réussit très-bien et la fonction menstruelle ne tarda pas à s'établir régulièrement (*Wiener medizinische Wochenschrift*).

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Potion laxative.

Sulfate de soude.	15
Feuilles de sené	15
Eau bouillante.	120

Faites digérer au B. M. pendant douze heures ; passez.

A prendre en une seule fois le matin à jeun.

Tic douloureux de la face.

(*Péter.*)

Pendant les deux premiers mois, 6 gr. de bromure de potassium par jour.

Pendant le deuxième mois, 4 gr. de bromure de potassium par jour.

Pendant le troisième mois, 2 gr. de bromure de potassium par jour.

Trois ou quatre jours après l'emploi du bromure les douleurs disparaissent, mais il faut continuer le médicament comme il est indiqué, pour qu'elles ne reparaissent pas. (*Moniteur thérap.*)

Poudre calmante anti-spasmodique (*Debreyne*).

Colombo pulv.	1 gr.
Extrait d'opium sec pulv. .	1 cent.

M. pour un paquet. — Vomissements nerveux, gastrite chronique. — Doses : 3 paquets par jour.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 7 août 1877

Présidence de M. Bouley.

Remèdes secrets. — M. Personne, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Le maté. — M. Gubler lit un rapport sur un mémoire manuscrit de M. Henri Byasson, intitulé : *Note sur le maté* (thé du Paraguay), *Ilex Paraguyaïensis*.

Empoisonnements par les champignons. — M. Gubler lit ensuite, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Chatin et Bergeron, un rapport sur un mémoire manuscrit de M. le docteur Oré (de Bordeaux), intitulé : *Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux*.

M. Oré insiste particulièrement sur les désordres nerveux occasionnés par le principe actif de l'*amanite bulbeuse* (*Am. phalloïdes*) et par quelques phénomènes paralytiques tout à fait passagers ; ces désordres consistent essentiellement dans un état spasmodique tel, que la plus légère excitation détermine des secousses musculaires, des convulsions généralisées, en sorte que les animaux seraient en proie à de véritables accès de tétanos, survenant de temps à autre, d'une manière en apparence spontanée. M. Oré a même signalé la *raideur tétanique* au nombre des phénomènes constamment observés après la mort.

M. Oré subordonne tous les phénomènes morbides, y compris les lésions anatomiques des premières voies, à la seule imprégnation toxique des centres nerveux et aux troubles fonctionnels qui en dérivent immédiatement.

M. le rapporteur combat cette manière de voir dans une savante discussion, dans laquelle il ne nous est pas possible de le suivre.

Résumant ensuite son opinion sur la valeur du travail de M. Oré, M. le rapporteur dit en terminant : « Dans cette nouvelle production, le savant professeur de Bordeaux s'est montré observateur consciencieux ainsi qu'expérimentateur habile ; s'il a rencontré quelques résultats contestables, ou bien énoncé quelques vues théoriques sujettes à controverse, notre distingué confrère n'en a pas moins le grand mérite d'avoir abordé un sujet à peu près ignoré jusque-là, et d'apporter à la science un tribut de notions positives acquises par les méthodes les plus précises et les plus perfectionnées.

« En conséquence, votre commission vous propose d'adopter les conclusions suivantes : 1° remercier M. le professeur Oré de son importante communication ; — 2° l'engager à continuer ses recherches sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux (*Agaricus phalloïdes*) ; — 3° déposer honorablement son mémoire dans les archives. » (Adopté.)

Séance du 14 août 1877

Présidence de M. Bouley.

M. Gueneau de Mussy présente un mémoire intitulé : *Quelques nouvelles études sur l'adénopathie trachéo-bronchique.*

Fièvre typhoïde (suite de la discussion). — M. J. Guérin se propose aujourd'hui de traiter, de développer et de prouver les quatre propositions suivantes :

1° La matière diarrhéique spéciale des typhiques renferme, à sa sortie de l'économie, un principe toxique résultant de la fermentation des matières stercorales, retenues et accumulées à la fin de l'intestin grêle, derrière la valvule iléo-cœcale ;

2° Les lésions organiques, considérées jusqu'ici comme les caractères spécifiques de la fièvre typhoïde, injections et ulcérations de la muqueuse, altérations des glandes de Brünner, des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, sont des effets de l'action vésicante et virulente des matières typhiques sur ces parties ; et, les troubles fonctionnels ou symptômes généraux de la maladie, sont tout à la fois le résultat de la pénétration des mêmes matières dans l'organisme, et des altérations organiques qu'elles y déterminent ;

3° Les complications qui se présentent dans le cours de la fièvre typhoïde, sous la forme de méningite, de pleurésie, de pneumonie et autres affections caractérisées, ne sont que des localisations plus accusées de son principe toxique ; comme celles de ces maladies qui débutent d'emblée avec des symptômes typhiques, ne sont elles-mêmes que des effets primitifs de l'intoxication stercorale ;

4°. Le poison typhique engendré par la fermentation stercorale, se répand incessamment au dehors par toutes les voies excrétoires de l'économie : d'où la transmissibilité de la maladie et la formation de foyers d'infection, susceptibles de le reproduire sous la forme endémique et épidémique.

De ces quatre ordres de faits, M. J. Guérin se demande s'il n'est pas permis de conclure que le poison stercoral est passé de l'intestin au mésentère, du mésentère dans les ganglions qu'il renferme ; que les altérations ganglionnaires ne sont que la conséquence et le témoignage de ce passage ; et, finalement, que les altérations successives de l'intestin et des ganglions mésentériques, sont bien le produit et l'effet du même agent destructeur, et que cet agent est bien le ferment virulent typhique.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS

Séance du 11 juillet 1877.

Présidence de M. le Dr Domerc.

Elections. — Sur les conclusions favorables des rapports de MM. Passant, Comminges et Hamon (de Fresnay), et à la majorité des suffrages, MM. les docteurs Bernier de Bournonville, Richard et Vœlker sont nommés membres titulaires de la Société.

Vaccinations et revaccinations. M. le Dr Charles Pellarin demande la permission de dire quelques mots sur un point de l'histoire de la vaccination, à propos d'un fait qui lui est personnel.

Je ne sais, dit-il, si plusieurs d'entre vous, messieurs, ont vu des cas de troisième vaccination réussir? Ces cas, du moins, sont assez rares. Eh bien! je porte en ce moment, sur la main gauche, deux boutons de vaccin, au quatorzième jour de leur évolution, qui sont le résultat fortuit d'une troisième imprégnation vaccinale. Ils ont été produits par deux piqûres accidentelles que je me suis faites en pratiquant les vaccinations municipales du XIVe arrondissement, le 28 juin dernier. Ayant eu le coude droit poussé par un marmot déjà grandelet qui se débattait pour se soustraire à la petite opération, la lancette avec laquelle je vaccinais est venue me piquer à deux endroits, au-dessus de l'articulation phalangienne du pouce où elle fit une petite plaie linéaire, et dans l'espace intermétacarpien des deux premiers doigts. Cette deuxième piqûre a donné lieu au bouton qui a commencé le premier son évolution, et qui a pris le plus de développement. Le bouton provenant de la petite plaie du pouce a été un peu plus tardif, et n'a pas pris autant de volume que le premier, probablement à raison de son emplacement. Il offre, d'ailleurs, deux petits points ombiliqués.

Or, j'ai été vacciné dans ma première année, en 1805, presque au début de la pratique vaccinale en France; j'ai sur les deux bras de larges cicatrices attestant l'énergie qu'avait le vaccin à cette époque.

Ayant eu l'occasion de voir, pendant mes études médicales, en 1825, à Brest, un jeune homme de ma connaissance atteint d'une petite vérole qui fut assez grave, quoiqu'il présentât des cicatrices vaccinales très-manifestes, j'ai conçu de très-bonne heure des doutes sur la pérennité de la vertu du vaccin.

En 1845, le rapport de Serres à l'Académie des sciences conseillait les revaccinations; il citait, à l'appui, le cas du professeur Moreau, qui, malgré une variole contractée dans sa jeunesse, réussit néanmoins à se vacciner *trois fois avec succès*. Ces jours derniers, M. le professeur Depaul, auquel j'ai fait voir mes boutons quand ils étaient au septième jour, et qui les a diagnostiqués sur le champ, m'a dit aussi que, sur lui-même le vaccin avait pris *jusqu'à cinq fois*. Aussi ai-je bien des fois conseillé la revaccination; je me revaccinai moi-même en 1846 sans succès; en 1853, je renouvelai la même tentative infructueuse.

J'avais donc lieu de me croire, par suite de la solidité de ma vaccination première, à l'abri d'une nouvelle imprégnation, lorsque, en pratiquant les vaccinations municipales du quatorzième arrondissement en 1861, je me piquai par mégarde le bout de l'indicateur gauche avec la lancette dont je me servais. J'avais oublié cette circonstance, lorsque, à partir du troisième jour, je sentis une démangeaison, puis une sorte d'élancement qui me fit croire que j'avais une petite épine dans le doigt. Mais, les jours suivants, apparut un bouton qui avait la forme ombiliquée, et subit toute l'évolution d'une pustule vaccinale. C'est encore

en pratiquant les vaccinations, le 28 juin dernier, que j'ai contracté, comme je l'ai dit, les deux boutons que vous pouvez apercevoir.

M. le Dr Fontès fait remarquer que ces boutons ont l'aspect qu'auraient, au vingtième jour seulement, des boutons d'une vaccination première. C'est là un fait important selon lui, et qui n'a pas encore été noté : il a observé que la *revaccination*, quand elle réussit, *donne lieu à des boutons dont l'évolution est plus rapide que celle des pustules d'une vaccination première*. Du reste, ajoute-t-il, pour être bien assuré que l'on a affaire à de bons boutons de vaccine, il faudrait faire, avec leur secrétion, des vaccinations sur des sujets vierges de virus-vaccin.

M. le Dr Courtaux dit que, dans un autre ordre d'idées, il a été témoin d'un fait non moins curieux, qui s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis. C'est un homme qui, en ce moment, est *syphilisé pour la troisième fois*. Or, d'après les théories les plus généralement admises aujourd'hui, lorsqu'un individu prend la vérole pour la seconde fois, il n'est plus exposé, par le fait de sa syphilisation première, aux manifestations qui s'étaient montrées la première fois. Et cependant, le malade dont je vous parle a offert, trois fois, d'une manière indubitable, l'accident primitif, des manifestations secondaires et des lésions tertiaires. N'y a-t-il point là quelque chose d'analogue à ce que vient de dire M. Pellarin? Je reverrai le malade, et après informations prises, je vous demanderai la permission, Messieurs, de compléter cette communication.

M. le Dr Pellarin reconnaît la justesse des observations de M. Fontès, lesquelles ne diminuent en rien l'utilité des revaccinations. Il est certain que, même alors que la vertu d'une première vaccination ne suffit pas pour préserver de l'atteinte de la variole, l'économie en reste encore imprégnée à un certain degré ; c'est ce qui fait que les pustules d'une vaccination secondaire ont rarement toute la vigueur des primitives. Elles ne peuvent non plus servir, comme celles-ci, à transmettre le vaccin ; du moins, dans quelques tentatives que j'ai faites à ce sujet, ai-je toujours échoué.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE

M. le Dr Berrut communique à la Société les résultats d'une

Amputation de l'avant-bras à la partie moyenne.

Il s'agissait, dit-il, d'un homme de 29 ans, que je voyais avec le Dr Courtaux, dans la circonscription administrative duquel il habite. Il présentait un volume énorme du poignet droit, avec fistules et fusées purulentes en divers sens, en avant, en arrière et en dehors ; bref, un cas type de tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne.

M. le Dr Courtaux opinait pour une amputation d'emblée. La jeunesse du sujet me fit d'abord hésiter ; mais, au bout d'un mois de tergiversations, pendant lequel nous employâmes sans succès les émollients, les détersifs, les injections irritantes et autres moyens, je me ralliai à l'opinion de mon confrère, d'autant plus que la suppuration devenait très-abondante, que l'état général s'altérait, que le sujet se mettait à tousser, et qu'il y avait de l'expectoration verdâtre, épaisse ; en même temps, l'auscultation de la poitrine révélait, à gauche, au sommet, une respiration rude, et du côté droit, au même point, une expiration prolongée, un certain degré de souffle, en un mot, des menaces de tuberculisation pulmonaire.

Je pratiquai donc une amputation circulaire de l'avant-bras, au tiers supérieur, il y a aujourd'hui neuf jours. Six de nos confrères, que j'avais jugé à propos d'avertir, sont tous venus m'apporter leur concours. Mon malade reçoit les soins de sœurs-gardes-malades, dans leur établissement dont M. Courtaux est le médecin.

Permettez-moi d'ajouter, Messieurs,

que, dans cette charitable institution, on rencontre des dames du monde, animées de sentiments généreux pour les pauvres malades, et que, en ce qui concerne mon opéré, on lui a déjà trouvé une occupation pour l'époque prochaine où il sera guéri.

Pour en revenir aux suites de l'opération, les deux tiers de la plaie se sont réunis par première intention; en bas seulement, à l'endroit où je réunis les fils de six ligatures, il y eut un peu de pus qui séjourna à la partie inférieure de la manchette ; avec une sonde cannelée, avant-hier, je débridai largement en cet endroit, et aujourd'hui, le malade va parfaitement bien; il n'a pas de fièvre.

Voici maintenant l'autopsie de ce poignet. Ainsi que vous pouvez le voir, les deux extrémités inférieures des os de l'avant-bras, fortement augmentées de volume, sont atteintes d'ostéite. La synoviale est épaissie. Les tendons forment, avec le tissu cellulaire, une gangue épaisse et dure, au milieu de laquelle ils disparaissent. L'articulation étant ouverte, on observe la destruction des cartilages articulaires, et, çà et là, sur les extrémités osseuses, on aperçoit des bourgeons charnus et de véritables fongosités. Quant aux os eux-mêmes, la coupe, pratiquée sur leur épaisseur, permet de constater qu'ils sont atteints de la variété d'*ostrite*, dite *condensante*, car on les trouve presque exclusivement composés de tissu compacte.

Sur la demande d'un membre qui s'informe pourquoi l'amputation a été faite au tiers supérieur de l'avant-bras, et pas plus bas, M. le Dr Berrut répond que l'état de la peau, criblée de fistules, et l'existence de plusieurs fusées purulentes, le long des muscles de l'avant-bras l'ont obligé à remonter plus haut qu'il ne le voulait d'abord, afin de trouver des tissus susceptibles de fournir un bon moignon.

M. le Dr Brochard fait une communication très-importante *sur la suppression de la Direction municipale des nourrices* (V. p. 474).

M. le Dr Fontès appuie les vues de M. Brochard et insiste sur la perturbation profonde et sur le préjudice causés à la population parisienne par la mesure qui a eu pour but de supprimer le grand bureau. Il fait également ressortir l'absence de garanties que présente l'état actuel, et termine en sollicitant la Société d'adresser à qui de droit une pétition signée par tous ses membres.

M. le Dr Machelard fait observer que la question introduite devant la Société n'est pas nouvelle, bien qu'elle se représente à propos d'un fait administratif. Il y a, dit-il, bien des années déjà que, comme archiviste, j'assiste aux visites officielles faites par le bureau de la Société au directeur de l'Assistance publique, et plusieurs fois la question des nourrices mercenaires et des nourrissons pauvres est revenue sur le tapis. Le sujet, d'ailleurs, est bien plus complexe qu'on ne l'a dit; car il s'y mêle une foule d'éléments très-difficiles à apprécier. Certes, nous voulons tous ici l'allaitement maternel; mais est-il toujours possible? Et, en fût-il ainsi, il faudrait commencer par moraliser les femmes et les filles-mères desquelles on voudrait l'obtenir. Croyez-vous, Messieurs, qu'il y ait beaucoup de nourrices et de sages-femmes sur la moralité desquelles on puisse faire fond? Non, la Société n'a pas assisté indifférente à la suppression de la direction municipale des nourrices; mais elle a constamment élevé la voix en faveur des nourrissons pauvres, et, sous la direction de M. Husson, aussi bien que sous celle de M. de Nervaux, elle a toujours réclamé la sympathie de l'administration pour les nouveau-nés des familles peu fortunées de Paris. On critique volontiers l'Assistance publique : on ne tient pas toujours un compte très-juste de ses efforts. Elle a étendu et augmenté dans une notable proportion ses secours aux filles-mères, et les directeurs successifs ont déclaré itérativement que l'on fait des essais

sérieux sur les moyens de faire au mieux des intérêts de chacun. Et puis, n'avons-nous pas la charité privée qui, sous la forme de la Société Protectrice de l'Enfance, encourage les femmes à nourrir elles-mêmes leurs enfants?

M. le Dr Brochard répond que ce n'est pas le lait de femme qui fait défaut en France, mais la volonté de nourrir. Pourquoi les femmes françaises seraient-elles de plus mauvaises nourrices que d'autres? Comme M. Machelard, il croit qu'il faut réveiller le sentiment maternel, en l'encourageant de toutes les façons.

M. le Dr Gibert dit que telle est la mission que s'est imposée la Société Protectrice de l'Enfance. Il n'y a que deux façons de corriger les inconvénients inhérents aux nourrices sur lieux. D'abord, encourager pécuniairement les mères pauvres qui nourrissent leurs enfants, et, en second lieu, surveiller chez elles les nourrices mercenaires. Du premier de ces chefs, la Société Protectrice de l'Enfance a dépensé, l'an dernier, près de 12,000 fr. en primes d'encouragement aux mères-nourrices, et, sur le second point, elle a organisé un service de médecins, attachés à elle, qui veillent sur les enfants et les soignent, qui en donnent des nouvelles mensuelles, et font, en somme, le service que remplissaient les médecins de la Direction municipale. De plus, pour exciter le zèle des nourrices mercenaires, et les encourager dans les soins à donner à leurs nourrissons, chaque année elle distribue un certain nombre de primes à celles qui se sont le plus distinguées. — Je dirai, enfin, qu'il nous reste entre les mains un instrument dont on n'a pas encore parlé, la loi Roussel, qui peut rendre de très-grands services si elle est bien appliquée. On voit donc que la situation des enfants nouveau-nés n'est pas aussi noire qu'a voulu nous le montrer M. Brochard. Sans doute la suppression de la Direction municipale est une chose regrettable ; mais nous avons encore entre les mains des moyens de défendre l'existence des nouveau-nés pauvres contre l'industrie mercenaire des nourrices.

M. le Dr Martin explique en quelques mots que la loi Roussel n'a pas encore pu fournir de résultats; car, cette année seulement, un crédit de 100,000 francs a été voté pour la mettre en pratique. On ne saurait donc fournir encore des chiffres statistiques comparatifs sur l'état de choses ancien et sur les nouveaux errements. Il croit néanmoins savoir que les règlements de police sur la surveillance des nourrissons sont plus sérieusement appliqués qu'autrefois, et, par suite, que le contrôle est plus vigilant.

M. le Dr Coqueret pense, contrairement à l'opinion de M. Fontès, qu'une démarche aussi sérieuse qu'une pétition émanée de la Société et engageant sa responsabilité, ne saurait être faite sans avoir été mûrement pesée et discutée. Avant d'en arriver là, peut-être serait-il plus sage de rechercher les causes, si multiples d'ailleurs, qui ont amené la suppression de la Direction municipale des nourrices.

M. le Dr Delefosse fait la communication suivante :

Extraction du canal de l'urèthre d'un bout de seringue en verre.

Dernièrement, je fus appelé auprès d'un malade qui avait un bout de seringue en verre dans le canal. Poussé du coude par un camarade, pendant qu'il faisait une injection, la seringue s'était cassée à l'extrémité. Le malade fit de vains efforts pour retirer le bec engagé dans la fosse naviculaire, et dans sa frayeur, il travailla si bien, que le morceau de verre était à l'angle péno-scrotal lorsque j'arrivais auprès du malade. M'inspirant du procédé suivi dans un cas pareil, par mon regretté maître le Dr Caudmont, je laissai de côté les bougies en cire et en gomme élastique : j'eus recours immédiatement à la pince à deux branches, dite de Hunter. — Faisant presser sur le canal

derrière le corps étranger, j'introduisis la pince fermée jusqu'à lui ; là, je l'ouvris, et, saisissant le morceau de verre entre les griffes, je le ramenai à l'extérieur sans léser le canal ; les griffes de l'instrument enveloppaient presque entièrement le corps étranger, ce qui évita les déchirures.

Le secrétaire annuel,
Dr EDOUARD LABARRAQUE.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, en date du 7 août 1877, rendu sur la proposition du Ministre de l'intérieur et sur l'avis conforme du conseil de l'ordre, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : M. le Dr Hervieux, médecin de l'hospice de la Maternité. — M. le Dr Molland (Jacques-Louis), médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr Fuzier (François), directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Bassens (Savoie). — M. Betz (Sévère-Léon), médecin-major de 2e classe au 114e régiment d'infanterie. — M. Deslande, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran. — M. Gaumé, médecin-major de 2e classe au 118e régiment d'infanterie. — M. Roqueplo, pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger. — M. Bouvyer, médecin consultant à Cauterets. — M. Lalagade, médecin-vaccinateur à Albi.

Au grade d'officier : M. Pauly, médecin principal de 1re classe des hôpitaux de la division d'Oran. — M. Delune, médecin-major de 1re classe au 85e régiment d'infanterie. — M. Hillairet, médecin du lycée Saint-Louis. — M. Baillarger, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de commandeur : M. Stoltz (Joseph-Alexis), doyen de la Faculté de médecine de Nancy ; officier depuis 1865, 50 ans de services.

***

Prix. — La Société des médecins des bureaux de bienfaisance met au concours la question suivante :

« Des avantages de la chirurgie à domicile étendue aux Sociétés de secours mutuels ; des meilleurs moyens à employer pour organiser ce service. »

Les récompenses consisteront en une ou plusieurs médailles d'or et d'argent.

Les mémoires devront être adressés, suivant les usages académiques, avant le 31 décembre 1878, à M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, n° 39, à Paris.

***

Mortalité des enfants à Berlin. — Il résulte des statistiques de l'Office de santé que, à Berlin, la mortalité des enfants est effrayante. Ainsi, dans la dernière semaine de juin, il est mort dans la capitale de l'Allemagne plus de 700 enfants de la cholérine et de la dysentérie. Ce chiffre n'avait été atteint dans aucune année antérieure. La Société hygiénique de Berlin a nommé une commission chargée de rechercher les causes de ce phénomène, et de porter surtout son attention sur les conditions de l'alimentation.

(*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

***

Force musculaire des hommes sains, des aliénés et des criminels. — Les mesures dynamométriques ont été prises par M. le Dr Frigerio sur 52 hommes sains, 325 aliénés et 241 criminels ; en voici les résultats : *Moyenne de la force du poignet :* Hommes sains, 168 ; aliénés pellagreux, 87 ; lypemaniaques, 75 ; épileptiques, 81 ; déments, 81 ; idiots, 67 ; maniaques, force doublée pendant les accès ; criminels,

110.— *Force de traction :* Hommes sains, 68; malades pellagreux, 24; épileptiques, 20; lypemaniaques, 23; idiots, 17; criminels, 30. (*Mondes*).

***

La chirurgie d'armée en Turquie. — Un artilleur avait eu un genou fracassé par un éclat d'obus à Sistova, et, détail incroyable pour qui ne connaît pas l'organisation administrative turque, cet infortuné avait été transporté de Sistova à Constantinople. Malgré ses atroces souffrances, il s'informait des nouvelles de la guerre et il en suivait le récit avec un vif intérêt. L'amputation ayant été reconnue nécessaire, l'autorisation de l'opérer fut demandée au ministère de la guerre, car, par une de ces singularités que l'on découvre à chaque pas dans l'étude du régime administratif de ce pays, aucune amputation ne peut avoir lieu dans un hôpital turc avant que l'on ait obtenu l'agrément du ministère dont il relève. Souvent il arrive que le malade succombe pendant que des fonctionnaires incompétents délibèrent en haut lieu sur la demande formulée par le médecin traitant. Notre artilleur eut cette heureuse chance que l'enquête dont sa jambe était l'objet fut menée avec une rapidité exceptionnelle. Elle ne dura guère que huit à dix jours. Ce brave garçon, qui attendait depuis Sistova le bon plaisir de l'administration, ne songea pas même à se plaindre de ce nouveau retard. Il a supporté l'amputation avec un courage héroïque, et l'on espère le sauver.

(*Le Temps.*)

***

Moyen de faire vieillir le vin. — Pour faire vieillir rapidement le jus de la vigne, il suffit d'enterrer les bouteilles qui le contiennent dans du coke pulvérisé, c'est-à-dire qu'il faut placer une couche de la poussière produite par la pulvérisation du coke entre chaque rangée de bouteilles placées les unes au-dessus des autres. En employant ce procédé, on obtient, dans l'espace d'une année, du vin qui paraît vieux de dix ans.

***

Statistique. — On vient de calculer qu'une personne fait en moyenne trois heures de conversation par jour, ou vingt-neuf pages in-8° par heure; ce qui fait que chaque personne parle la valeur de six cents pages environ par semaine, soit cinquante-deux forts volumes par an.

***

Les Nubiens Amrans. — Dans sa séance de jeudi dernier, la Société d'anthropologie de Paris a nommé une commission composée de MM. le docteur Broca, Girard de Rialle, docteur Dally, docteur Bordier et Mazard, pour examiner les curieux Nubiens Amrans qui sont arrivés au Jardin d'acclimatation du Bois de Boulogne, avec un convoi d'animanx.

Ces Nubiens sont couleur bronze florentin, leurs cheveux sont lisses et arrangés en toupet sur le sommet de la tête; leur taille est haute et très-mince.

La présence de ces types curieux est, pour nos savants, une véritable fortune. Ils pourront étudier non-seulement les hommes de ces lointaines régions, mais aussi leurs armes et leurs trophées, car ils ont tout apporté avec eux : lances, longues épées, instruments de musique, peaux et crânes d'hippopotames, de léopards, de crocodiles, etc.

(*Union médicale*).

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du 2 au 9 août*, 907 décès ainsi répartis : variole, 5; rougeole, 16; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 23; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 25; pneumonie, 45; dysentérie 2; diarrhée cholériforme des enfants, 30; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 32; croup, 11; affections puerpérales, 4; affections aiguës, 266; affections chroniques, 374 (dont 163 dus à la phthisie pulmonaire); affections chi-

rurgicales, 36; causes accidentelles 34.

Du 9 au 16 août, 788 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 8 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 18 ; érysipèle, 6 ; bronchite aiguë, 12 ; pneumonie, 48 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 23 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 23 ; croup, 12 ; affections puerpérales, 1 ; affections aiguës, 262 ; affections chroniques, 303 (dont 130 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 49 ; causes accidentelles, 21.

*
* *

Nécrologie. — La mort continue de frapper à coups redoublés dans nos rangs. Les docteurs Baudens, Le Maout, Goupil (Aug.), Pigeaux, Costilles, de Paris ; Titon, de Reims ; Hybre, d'Agen ; Chiara, de Thonon ; Gignoux, de Rouen, ne sont plus. Ajoutons à cette liste Dublanchet, jeune docteur de Paris, qui vient de succomber au croup qu'il avait acquis en soignant un enfant atteint de cette maladie.

On annonce la mort de M. le Dr Henri Conneau, ancien médecin en chef de l'empereur Napoléon III, membre associé libre de l'Académie de médecine. M. le Dr Conneau est décédé en Corse, à la suite d'une longue maladie ; il était âgé de 74 ans.

Le corps médical bordelais vient de perdre un de ses doyens, M. le Dr Dubreuil père, décédé à l'âge de 83 ans.

VARIÉTÉS

Sur la suppression de la Direction municipale des nourrices de la ville de Paris, par le Dr Brochard.

La suppression de la Direction municipale des nourrices, constitue un fait d'une haute gravité pour la population ouvrière et pour la population pauvre de Paris. Il a passé presque inaperçu du corps médical, et cependant il aura pour la mortalité des nouveau-nés parisiens des conséquences excessivement fâcheuses : il augmentera immédiatement cette mortalité. Il est regrettable, à mes yeux, que la Société n'ait pas protesté contre une semblable mesure ; car ce sont les médecins des Bureaux de bienfaisance qui vont se trouver le plus directement atteints par elle. Comment, en effet, feront-ils désormais pour mettre en nourrice l'enfant d'une femme pauvre que sa mère aura commencé à allaiter, et que, pour une raison ou pour une autre, elle sera obligée de cesser de nourrir ? Ils seront forcés de s'adresser aux bureaux particuliers de nourrices, dits *petits bureaux*, ou d'élever l'enfant au biberon. Dans ces deux cas, la vie du nouveau-né sera compromise. Il est des questions d'hygiène publique, et surtout d'hygiène sociale, dans lesquelles le corps médical a le tort immense de ne pas prendre la parole, parce que seul, dans la société moderne, il est capable de les résoudre. Au lieu de cela, il laisse trancher toutes ces questions par l'administration, ou plutôt par la bureaucratie, qui n'en considère jamais le côté moral et humanitaire, lequel les médecins seuls sont compétents pour apprécier. Si, lorsque le conseil d'Etat a été saisi de cette grave question, la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance avait adressé à ce corps savant, mais incompétent sur la matière, une protestation officielle, il est probable que le Conseil d'Etat eût hésité avant d'accorder à l'Assistance publique ce qu'elle lui demandait, et les intérêts des mères de famille pauvres eussent été sauvegardés.

La suppression de la Direction municipale des nourrices est d'autant plus fâcheuse qu'elle coïncide avec deux

autres mesures que je considère comme également regrettables et également attentatoires à la vie des nouveau-nés : je veux parler de la *suppression du tour* et des *secours aux filles-mères* qui l'ont remplacé, et qui sont devenus, entre les mains de l'administration, la règle, au lieu d'être, comme autrefois, l'exception.

Dans une pétition que j'ai adressée au Sénat, j'ai demandé le rétablissement du tour, afin d'arrêter le nombre sans cesse croissant des avortements et des infanticides. J'ai demandé également que le service des enfants trouvés qui, depuis la loi du 5 mai 1869, appartient aux administrations départementales, soit rendu aux administrations hospitalières, et que les inspecteurs généraux et départementaux soient désormais des médecins, comme le veulent le bon sens, la morale et l'humanité, au lieu d'être, comme aujourd'hui, des hommes complètement étrangers à l'hygiène du premier âge. Cette pétition a été prise en considération : le rapport de M. Béranger, entièrement favorable à mes idées, a paru dans le *Journal officiel* du 20 mai 1877. Tout me fait donc espérer que les réformes sollicitées par moi auront lieu, et que le corps médical aura enfin, seul, la direction du service des enfants trouvés.

Les secours aux filles-mères, les secours d'un mois surtout, que paraît affectionner l'Assistance publique, n'atteignent nullement le but que l'on se propose. Ils sont une *prime à la mortalité des nourrissons*, rien de plus, comme je l'ai maintes fois prouvé et comme je le répéterai sans cesse. Les secours aux filles-mères, qui étaient une très-mauvaise chose depuis la suppression du tour, constituent, au point de vue de la vie des nouveau-nés, une mesure encore plus déplorable depuis la suppression de la Direction municipale des nourrices.

Les mères de famille de toutes les classes de la société, les femmes pauvres surtout et les filles-mères avaient autrefois à choisir lorsqu'elles avaient besoin d'une nourrice, entre la Direction municipale, dite *grand bureau*, et les bureaux particuliers de nourrices, dits *petits bureaux*.

La Direction municipale, dont j'ai eu l'honneur d'être le médecin pendant dix-huit ans dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, offrait toutes les garanties possibles au point de vue physique et au point de vue moral. Appartenant à l'Assistance publique, et recevant de la ville de Paris, à l'époque où j'en étais le médecin, une subvention annuelle de 300,000 francs, elle était admirablement organisée pour le choix des nourrices et pour la surveillance des enfants confiés à ces femmes. Aucune d'entre elles n'étaient admise à partir pour la Direction, si elle n'avait : 1° un certificat du maire de sa commune, constatant son état civil, et l'âge de son dernier enfant; 2° un certificat du médecin de son canton, attaché à la Direction, constatant ses qualités de nourrice; 3° un certificat de contre-visite du médecin de l'arrondissement, attaché à la Direction, constatant de nouveau ses qualités physiques de nourrice. A leur arrivée à Paris, ces femmes, déjà visitées par deux médecins, étaient de nouveau visitées par le médecin de la Direction, qui les acceptait ou les refusait. On voit de quelles garanties était entouré le choix des nourrices de la Direction.

Il en était de même pour la surveillance des nourissons. Dans tous les arrondissements où il existait un *service de la Direction*, il y avait un *sous-inspecteur*, représentant l'administration et correspondant avec elle. Le sous-inspecteur était chargé de surveiller le service; il payait les médecins, les nourrices, et s'assurait, par des tournées fréquentes, que le service médical était fait avec soin, et que les vaccinations étaient régulièrement pratiquées. De plus, de concert avec les médecins, il recrutait les nourrices pour la Direction. Il y avait, dans chaque arrondissement, plusieurs médecins attachés à

la Direction, voyant les nourrissons à leur arrivée dans le service, les voyant, *règlementairement*, une fois par mois, les voyant en outre plusieurs fois, si cela était nécessaire. Le résultat de chaque visite, consigné par le médecin, était constaté sur le livret de la nourrice. Il était, en outre, constaté par un bulletin, également signé du médecin, et envoyé à l'Administration par les soins du sous-inspecteur. Les garanties relatives aux soins médicaux donnés aux nourrissons étaient donc aussi grandes qu'on pouvait le désirer.

Si une femme pauvre ou une fille-mère ne payait pas régulièrement, ou cessait même de payer, tout à fait, le prix convenu à sa nourrice, l'enfant pour cela n'était pas immédiatement ramené à Paris, et par suite sevré, au risque de mourir. L'Administration, dans ce cas, et c'était là le beau côté de l'institution, son côté véritablement humanitaire, l'Administration garantissait, aux *nourrices non payées*, un salaire mensuel de 12 francs, et cela jusqu'à ce que le nourrisson eût atteint l'âge de douze mois, époque à laquelle il pouvait plus facilement être sevré et revenir à Paris. La subvention de 300,000 francs de la ville de Paris servait à payer toutes ces garanties.

On voit que la Direction des nourrices, parfaitement organisée, rendait d'immenses services à la population parisienne, et surtout à la population pauvre. La mortalité des nourrissons confiés à la Direction municipale était, en moyenne, de un jour à deux ans, de 29 pour cent.

Les bureaux particuliers de nourrices, les seuls existants aujourd'hui, dits *petits bureaux*, sont des établissements essentiellement industriels qui ne cherchent qu'à se procurer des bénéfices, prélevés : 1° sur les nourrices qu'ils recrutent ; 2° sur les familles qui s'adressent à eux. Ils ne s'occupent nullement de la vie, de la santé ou des intérêts des nourrissons qu'ils envoient à la campagne. Ces établissements n'offrent aucune garantie, soit au point de vue physique, soit au point de vue moral. Ils cherchent à gagner de l'argent, rien de plus.

Pour être admise dans un bureau particulier de nourrices, une femme de la campagne n'a besoin, chose incroyable, d'aucun certificat médical ; un certificat du maire de sa commune suffit, et, la plupart du temps, ce certificat n'est pas exact ; le public est trompé sur l'âge de la nourrice, sur l'âge de son lait. *L'examen médical* des nourrissons, dans ces bureaux, est *nul*, ou complètement *illusoire*. Pendant dix-huit ans, j'ai vu accepter, dans les petits bureaux, et cela sans exception aucune, toutes les nourrices de l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou que je refusais à ma contre-visite. Aujourd'hui encore, c'est exactement la même chose. Chaque mois, je cite, dans le journal *La jeune mère*, des cas dans lesquels on a donné des nourrissons à des nourrices enceintes, à des nourrices qui n'avaient pas de lait, à des nourrices dont le lait avait un mois, ou trois ans ; plusieurs de ces cas ont entraîné la mort des nourrissons. Eh bien ! aucun de ces faits n'a été démenti, par la raison bien simple qu'ils sont vrais et que je les ai tous observés dans mon cabinet.

Il n'y a pas, dans les petits bureaux, de service médical organisé. Les nourrissons qu'ils placent ne sont soumis à aucune surveillance médicale, *les nourrissons ne sont pas vaccinés*. Que l'on juge, par là, du grand nombre d'entre eux qui échappent, en France, à la vaccination ! A ce nombre, il faut ajouter la moitié des enfants trouvés, qui ne sont pas vaccinés non plus, bien qu'ils soient sous la direction immédiate de l'Administration. Est-il étonnant, après cela, de voir de temps en temps, de graves épidémies de variole sévir en France ?

(*A suivre.*)

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris.— Imp. Balitout, Questroy et Ce, 7, rue Bailiff.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 18. — 15 SEPTEMBRE 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Leçon clinique de M. G. Sée (1).

§ 7. — Epilepsie alcoolique. — Les narcotiques, la digitale, à doses élevées, dans le traitement de l'alcoolisme. — Avantages, dans l'espèce, de la méthode hypodermique.

L'influence qu'exerce l'alcoolisme sur la génèse de l'épilepsie a été contestée. Il est cependant, dans le service de M. Sée, un malade chez lequel un tel fait ne saurait être contesté. Cet homme, parvenu à l'âge de 40 ans, n'avait jamais eu aucune attaque de haut mal. Or, il y a quelques jours, il a été ramassé sur la voie publique, où il a été éprouvé par les atteintes les mieux caractérisées de cette terrible affection. Il a eu deux violents accès en deux jours. On sait que le mal comitial débute dans le jeune âge quelquefois, de 15 à 18 ans, le plus souvent, à l'âge de ce malade très-exceptionnellement. Faut-il attribuer les accidents en question à une sclérose en plaques, ou à l'alcoolisme? La réponse ne saurait être douteuse. Depuis deux jours, cet homme est en proie à un délire alcoolique si prononcé, qu'il a fallu lui mettre la camisole de force. Rien n'a manqué au tableau symptomatologique. C'est bien un alcoolique au grand complet.

(1) Suite. Voir le numéro du 1er septembre.

Indépendamment du bromure de potassium prescrit à ce malade, pour calmer le délire, on lui pratique chaque jour trois injections avec 0,04 chacune de chlorhydrate de morphine. Ces fortes doses sont très-bien tolérées, par suite du peu d'impression qu'exercent en pareils cas sur les centres nerveux les préparations opiacées. On a vu, dans ces conditions, des malades ingérer, sans le moindre inconvénient, jusqu'à 1 gr. d'extrait thébaïque. Chacun connaît le traitement de l'alcoolisme préconisé en Amérique. On prescrit aux malades jusqu'à 15 à 18 gr. de teinture de digitale par jour, dose énorme dont se trouvent très-bien les malades. Ce traitement a été essayé en Angleterre et en France avec succès. Plus réservé, cependant, M. Sée a plus d'une fois eu recours à cette médication, tout en ne dépassant pas la dose journalière de 7 gr. de teinture. Il déclare s'en être bien trouvé. En pareils cas, la méthode hypodermique rend des services signalés, car, à ces doses élevées, c'est cette voie qui assure le plus sûrement la tolérance.

§ 8. — Inutilité de la ténotomie, pour la curation du pied-bot, lorsque cette déformation est la conséquence d'une paralysie infantile.

A propos d'un de ses malades, atteint d'hémiplégie en voie de guérison, et qui marche en fauchant, M. Sée appelle l'attention sur un fait qui n'est pas assez connu. Cet homme a été atteint

de paralysie infantile, portant sur le membre inférieur actuellement atteint. Il est donc fort difficile de faire, dans le défaut d'équilibre des muscles de la jambe et du pied, la part qui revient à l'affection ancienne, ou à l'affection actuelle. Mais, à propos de ce malade, M. Sée fait remarquer que la cause du pied-bot passe souvent inappréciée. Il est pourtant de la plus grande importance de s'en bien pénétrer, quand la question de l'opération se trouve agitée. A l'appui de cette proposition, le savant professeur rappelle le fait suivant :

Il y a deux mois, on lui amena de Clermont un jeune enfant, pour le consulter sur le choix d'un bon opérateur. Cet enfant, atteint de valgus, avait subi une opération, pratiquée sans aucun succès par le chirurgien en vogue du pays. Examen fait, M. Sée engagea les parents à retourner chez eux, sans soumettre leur enfant à aucune autre épreuve chirurgicale. La déformation du pied, en effet, était la conséquence d'une paralysie infantile. Toutes les fois que le pied-bot reconnaît une telle cause, et l'on ne doit jamais manquer de s'en enquérir avec soin, les opérations sont non-seulement inutiles, mais dangereuses. Il faut, en conséquence, en pareil cas, se bien garder de les effectuer.

§ 9.— Rhumatisme articulaire aigu. — Remarquables effets du salicylate de soude. — La question de la posologie est capitale dans l'administration de ce médicament.— Insuffisance aortique, prise pour une lésion de la valvule mitrale.

Le malade sur lequel M. Sée attire ensuite l'attention présente un grand intérêt, au double point de vue diagnostique et thérapeutique.

Il s'agit d'un artiste dramatique de la province. Ce malheureux, âgé de trente-cinq ans, est en proie à la plus effroyable diathèse rhumatismale. Dès l'âge de 10 à 11 ans, il a eu une première attaque de rhumatisme. Depuis, il en a eu une succession à peine interrompue. La moindre durée de ces attaques a été, jusqu'ici, de vingt-cinq jours. Plusieurs fois leur durée s'est prolongée pendant deux et trois mois.

Il y a trois jours, il est entré à l'Hôtel-Dieu avec un rhumatisme affectant plusieurs jointures, et une température de 39°8.

Sous l'influence de l'administration de 5 grammes de salicylate de soude, dès le lendemain une articulation restait seulement atteinte. Aujourd'hui, tous les articles sont dégagés. C'est là, ajoute M. Sée, le fait le plus fantastique qu'on ait jamais vu !

Cet admirable modificateur est cependant en butte à de violentes attaques. Il est encore des médecins qui lui dénient toute vertu dans le traitement du rhumatisme articulaire. La raison en est simple, c'est que ceux qui l'attaquent ne savent pas l'employer convenablement. Il en est, en effet, qui se bornent à le prescrire à la dose de 3 ou 4 grammes. A une telle dose, il ne produit, en effet, aucune action favorable. Cette dose doit être élevée, les premiers jours, à 10 grammes. L'amélioration une fois produite, si l'on ne veut s'exposer à voir se produire des récidives, il faut continuer pendant quelque temps l'emploi de ce médicament, à doses filées, réduites à 8 grammes par jour.

Le fait diagnostique est non moins intéressant.

En auscultant le cœur de ce malade, on perçoit à la pointe un souffle systolique assez fort pour couvrir entièrement la systole. Divers médecins, qui ont examiné le malade, ont cru devoir admettre un rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale. Ils ont, en cela, commis une erreur. En effet, avec une telle lésion, le pouls est faible, par cette simple raison qu'il arrive peu de sang jusqu'à l'artère radiale. Ici, au contraire, le pouls est large, rebondissant, dépressible.

Il suffit d'ausculter avec soin le cœur pour reconnaître la véritable nature de

l'affection cardiaque. A la base de l'organe, on perçoit un bruit diastolique, qui permet de tout expliquer. Il y a là une insuffisance des valvules aortiques, qui permet de s'expliquer l'ondulation, le rebondissement, en même temps que la dépressibilité du pouls.

On note encore, chez ce malade, un fait à peine signalé, qui est le propre de l'insuffisance aortique. C'est la *pâleur* marquée *du visage*.

Cette pâleur s'observe souvent chez les chlorotiques, chez les jeunes gens, très-sujets à cette lésion cardiaque. Cette décoloration ne tient pas à l'anémie, qui est loin de toujours exister en pareils cas. Elle provient du reflux, vers le cœur, du sang qui n'est pas suffisamment soutenu par les valvules. En un mot, le sang ne remonte pas.

§ 10. — Le délire et l'herperthermie, dans la pneumonie centrale. — Combien il est fréquent de confondre cette affection avec une méningite de la convexité. — Combien aussi il est facile, par l'examen des organes, d'éviter une erreur de diagnostic aussi préjudiciable.

M. Sée fait voir les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé à une pneumonie. Deux particularités sont à noter chez lui. On a perçu, de son vivant, un souffle amphorique très-prononcé, et cependant on ne constate, dans le poumon, la présence d'aucune excavation qui puisse en donner l'explication. Ce fait ne constitue pas une rareté, à une période assez avancée de la pneumonie.

La seconde remarque est la suivante : Cet homme n'a pas eu de délire. Cependant on constate, à l'examen du cerveau, des lésions propres à la méningite.

Comme contre-partie, M. Sée rapporte le fait suivant :

Il y a quelque temps, est entrée dans son service une jeune Anglaise de dix-sept à dix-huit ans. Elle avait un délire abominable, qui fut tout d'abord rapporté soit à une méningite, soit à une fièvre typhoïde au cinquième jour d'invasion. En pratiquant l'auscultation, on découvrit une fluxion de poitrine. C'était donc une pneumonie à forme cérébrale ou délirante. Quarante-huit heures après l'établissement du diagnostic, la température s'est abaissée. A quelque temps de là, la jeune malade est sortie guérie de l'hôpital.

Partant de ce fait, M. Sée entre dans quelques considérations très-importantes sur la pneumonie des femmes et des jeunes sujets.

Chez les femmes, chez les jeunes filles et chez les enfants, très-souvent la pneumonie ne se traduit que par une élévation de la température et par le délire.

Il ne se passe guère de mois sans que M. Sée ne soit appelé pour des enfants soi-disant atteints de méningite, par cela seul qu'ils ont le délire. Vient-on à ausculter ces sujets? on constate chez eux l'existence d'une pneumonie.

Le savant professeur raconte, à ce propos, l'histoire d'un petit malade qui, ajoute-t-il, lui a fait gagner trois mille francs de rentes. Aussi, engage-il ses auditeurs à bien s'exercer à aussi fructueux diagnostic.

Voici le fait dont il s'agit :

Il y a de cela longtemps, M. Sée était interne à l'hôpital des Enfants. Un enfant, âgé de neuf ans, était soigné, en ville, par Guersant et Meslier. La température était très-élevée; le délire affreux. Cet état de choses durait depuis huit jours, quand M. Sée fut placé auprès de l'enfant, pour le veiller durant la nuit. Le jeune enfant finit par se laisser aller au sommeil. A son réveil, il fut frappé par l'aspect violacé du visage du petit malade. Il crut la mort imminente. Ce fut alors que, sous l'influence d'une inspiration soudaine, il se mit à pratiquer soigneusement l'auscultation. Quelle ne fut pas sa surprise de reconnaître une pneumonie, qui n'avait pas été reconnue, ni soupçonnée par ses maîtres? C'était une de ces pneumonies centrales, qui ne se traduisent

que par l'hyperthermie et le délire. Guersant fut aussitôt prévenu, et avec une bonne foi qui fait son éloge, il déclara à la famille que le diagnostic avait été porté par son interne. Vingt-quatre heures après, l'enfant qui, jusqu'alors, avait été martyrisé par les vésicatoires, qui avait épuisé, sans plus de succès, l'interminable gamme des antispasmodiques, grâce à une médication dirigée à la véritable adresse de l'affection, était hors de danger.

M. Sée termine en faisant remarquer que le diagnostic de la méningite de la convexité ne peut être posé que par voie d'exclusion. Ce n'est donc qu'après avoir passé en revue tous les organes, poumons, intestins, après avoir éliminé les fièvres, surtout les fièvres éruptives, que le médecin doit seulement se décider à prononcer le nom de méningite. S'il s'avance trop à la légère, il court grand risque d'être éconduit. Trop heureux le malade, s'il ne paye pas de sa vie la négligence de son médecin, qui a omis de se livrer à un examen scrupuleux de tous les organes.

Dr E. Picart.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL DE LA PITIÉ

Service de M. Léon Labbé.

1er. — Deux cas de fistules péri-osseuses de la région poplitée. — De la nécessité d'une opération radicale, pour la curation de ces sortes d'affections.

En chirurgie, il n'est pas de petites choses. Tel est le fait d'un jeune et vigoureux garçon que M. Labbé se propose d'opérer.

Ce malade porte, à la partie postérieure inférieure et un peu externe de la cuisse gauche, un peu au-dessus du creux poplité, un petit orifice fistuleux qui fait son désespoir. Si peu sérieuse que paraisse cette lésion, elle donne lieu, en effet, à un gonflement de la jambe, non permanent, mais sujet à d'assez fréquents retours, et à une gêne de l'organe assez grande pour rendre le travail très-pénible. De plus, la fistule fournit un écoulement purulent incessant.

Cette affection dure depuis des années. Il y a longtemps de cela, de ce trajet fistuleux est sortie une petite esquille.

Ce jeune homme a consulté divers médecins, dont plusieurs d'une valeur reconnue. Tous lui ont donné le conseil de ne rien faire pour une lésion aussi peu grave, et de s'en remettre uniquement au temps du soin de la guérir. Désireux de se débarrasser à tout prix de cette véritable infirmité, ce jeune homme s'est enfin décidé à venir réclamer l'assistance de M. Labbé.

Cet habile chirurgien insiste sur la nécessité de débarrasser les malades, par une opération radicale, d'une affection susceptible de s'éterniser. En l'absence même de toute lésion osseuse, de la présence d'une esquille dans le trajet fistuleux, il se forme toujours, dans ce même trajet, une pseudo-muqueuse, tapissée de fongosités. De là des suppurations interminables et des accidents inflammatoires avec toutes leurs conséquences. Un tel état ne saurait s'accommoder d'une demi-mesure. M. Labbé insiste spécialement sur l'urgence d'une opération, car il a vu, plus d'une fois, des praticiens très-recommandables traiter beaucoup trop légèrement des affections qui méritent, au contraire, d'être prises au sérieux.

A ce propos, il rappelle le fait suivant, qui offre quelqu'analogie avec celui du jeune homme qu'il se propose en ce moment d'opérer.

Il y a quatre ans, il fut consulté par un jeune homme qui présentait, au creux poplité également, un orifice de conduit fistuleux. De plus, l'articulation était prise d'une ankylose incomplète. Les parties molles de la jambe étaient empâtées, et la marche était devenue impossible. Deux médecins distingués, successivement consultés, s'étaient bor-

nés à conseiller le séjour à la campagne. Pénétré de l'insuffisance des palliatifs, M. Labbé conseilla, à son tour, et pratiqua une opération qui lui permit de pénétrer jusqu'au fond du trajet fistuleux. Cette incision mit à nu des fongosités dont il était tapissé dans toute son étendue, et aboutit, enfin, à une petite esquille située entre les condyles du fémur. Les fongosités furent détruites avec le fer rouge; puis l'ankylose fut rompue. Six semaines après, le malade quittait l'hôpital, radicalement guéri de sa fistule et ayant recouvré l'intégrale fonction de son membre.

C'est une opération de ce genre que M. Labbé a pratiquée au jeune homme dont il est en ce moment question, pour la curation de sa fistule.

Un stylet mousse explorateur put pénétrer aisément et obliquement de haut en bas jusqu'à l'os, sur lequel il ne fut possible de constater aucune dénudation. Retirant le stylet, M. Labbé a pratiqué, avec le bistouri, une incision s'étendant à 0,04 environ au-dessus et au-dessous de l'orifice du conduit fistuleux; puis il a incisé, couche par couche, les parties molles, dans le sens de ce trajet. Une artériole ayant été coupée, une pince hémostatique a été aussitôt posée sur la lumière du vaisseau, dont la ligature n'a été effectuée qu'à la fin de l'opération. L'incision a été poursuivie jusqu'à l'os. Alors, avec l'extrémité de l'index, M. Labbé a pu se rendre compte de l'état exact des parties, état qu'il a pu bientôt contrôler *de visu*, en écartant les lèvres de la plaie, au moyen de deux larges érignes mousses. Il n'y avait aucune esquille osseuse. Mais il existait une assez vaste poche, tapissée d'une pseudo-muqueuse, d'une couleur brun foncé, avec trois ou quatre petits diverticulums.

Telle était la véritable source de la suppuration. Ce trajet fistuleux avait été la conséquence de la marche excentrique de l'esquille. Sa vascularisation était telle, qu'il n'eut pas été possible de compter, pour la guérison, sur les seuls efforts de la nature.

Le trajet, ou, pour parler plus exactement, la poche fistuleuse mise à découvert, au moyen des érignes, M. Labbé a cautérisé soigneusement toutes les fongosités, détruit les diverticulums au moyen du thermo-cautère.

Comme il importe de ne pas laisser cicatriser trop tôt les bords de cette plaie profonde, elle a été entièrement comblée avec de la charpie sèche, qui a constitué l'unique pansement.

§ 2. — Carie du tarse. — Cautérisation ignée profonde. — Hémorrhagie artérielle, arrêtée par la compression permanente.

Un accident assez rare s'est produit chez un malade, à la suite d'une cautérisation ignée. Pour tâcher d'obtenir la résolution d'une carie des os du tarse, M. Labbé a fait usage, pour la deuxième fois, d'un cautère à boule terminé par une longue pointe, laquelle a été engagée profondément au sein de l'organe. En bas et en arrière de la malléole interne, l'instrument a ouvert une artère, que le chirurgien ne s'attendait pas à rencontrer dans cette partie. Chacun a pu voir jaillir, par saccades, un jet de sang vermeil assez volumineux. M. Labbé a essayé de saisir le vaisseau divisé, au moyen d'une pince hémostatique. N'ayant pu y arriver, il s'est décidé à recourir à un moyen auquel il aime peu à recourir, en principe, mais qui convenait mieux que tout autre, dans ce cas particulier, en raison de la proximité des plans osseux, grâce auxquels il était facile d'effectuer une compression aussi sûre qu'efficace. Il a préparé une petite boulette de charpie; puis, après l'avoir imbibée de perchlorure de fer pur, il l'a engagée en entier dans l'excavation résultant de l'action du fer rouge. Une couche de charpie a été appliquée par dessus, et le tout a été maintenu par le bandage de l'étrier convenablement serré. L'hémorrhagie a été arrêtée sans retour.

§ 3. — Prolapsus du rectum.

— Dilatation forcée, suivie de cautérisation ignée.

Utilité du spéculum de Sims, dans les affections de l'extrémité inférieure du rectum.

Une femme âgée d'une cinquantaine d'années est atteinte d'un prolapsus du rectum, que M. Labbé opère ainsi qu'il suit :

La malade une fois chloroformisée, il introduit dans le fondement l'index et le médius de chaque main, et pratique une double dilatation forcée d'avant en arrière, puis latéralement. Pour effectuer ensuite la cautérisation ignée, il met en place un spéculum de Marion Sims, qui lui permet, en en variant successivement la position, de porter le cautère cutellaire sur quatre points diamétriques de l'extrémité inférieure du rectum.

L'emploi du spéculum de Sims rappelle à M. Labbé une des plus heureuses applications qu'il lui ait été donné de faire de cet instrument.

Une malade, perdant beaucoup de pus par le fondement, avait consulté plusieurs médecins, qui n'avaient pu arriver à préciser la nature de l'affection. Tous s'étaient servi des spéculums ani, dont le champ trop étroit ne permet qu'une exploration insuffisante de la partie inférieure du rectum. M. Labbé fit usage de l'instrument de Sims, grâce auquel il lui devint facile de reconnaître, à la partie postérieure du rectum, un petit orifice dont il vit sourdre le pus. Engageant un stylet mousse dans cette ouverture, il parvint à une surface osseuse dénudée. Il s'agissait d'une carie du coccyx, dont l'habile chirurgien opéra l'ablation, ainsi que la résection de l'extrémité du sacrum. Par cette opération radicale, la malade fut heureusement débarrassée d'une affection qui, à cause de sa rareté même sans doute, avait été si longtemps méconnue.

(*A suivre.*) Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MEDICO-CHIRURGICALE

—

Des injections d'alcool pur, dans le traitement de l'hydrocèle et des kystes séreux ou albumineux.

Dans son excellent livre ayant pour titre : *Pratique journalière de la chirurgie,* Richard préconise un traitement de l'hydrocèle se recommandant par les plus précieux avantages. Il ne donne lieu à aucune douleur, ne provoque aucune réaction, et permet aux malades de ne pas interrompre un seul instant le cours de leurs occupations. Ce traitement consiste à évacuer le liquide et à effectuer aussitôt, dans la tunique vaginale, une injection de 8 à 10 gram. d'alcool.

Séduit par la simplicité et l'innocuité d'un tel traitement, je me suis empressé de le mettre en pratique, non-seulement dans l'hydrocèle, mais aussi dans les kystes séreux. J'ai fait au moins une vingtaine de ces petites opérations. Les chances en ont été diverses. Je crois bon de faire part à mes confrères des résultats que j'ai obtenus. Je crois leur être utile en leur signalant le fort et le faible d'un mode de traitement qui n'est pas assez connu et qui, malgré les insuccès auxquels il peut donner lieu, n'en est pas moins susceptible de rendre d'importants services.

Avant d'aller plus loin, je crois bon d'indiquer la façon selon laquelle j'ai l'habitude de procéder à l'opération de l'hydrocèle.

Je n'ai jamais recours aux gros trocarts. Je ne me sers que du trocart explorateur de trousse. Ce dernier présente pour avantages de faire une plus petite ouverture, et d'exercer une moindre action vulnérante sur le testicule, lorsque l'on a la mauvaise fortune d'atteindre cet organe.

Mais, dit-on, cet accident n'arrive jamais à un praticien instruit? Ce petit malheur, en effet, ne devrait pas arri-

ver, mais il se produit encore quelquefois même entre les mains les plus exercées. Voici, entre autres, un fait dont j'ai été témoin il y a quelques années.

Un honorable confrère, d'un talent justement reconnu, vint me prier de lui dire mon avis sur une affection testiculaire qui, la veille, lui avait valu un assez grave mécompte.

Croyant avoir affaire à une hydrocèle, il avait plongé dans la tumeur un trocart ordinaire, en vue d'y pratiquer une injection modificatrice. Il ne sortit de la canule qu'un peu de sang!

Il s'agissait d'un jeune homme d'une trentaine d'années et d'une excellente constitution apparente. Il n'en était pas moins atteint d'un sarcocèle, que nous opérâmes bientôt, mais sans succès. Quelque temps après, en effet, le pauvre malade succombait aux suites de cette affection cancéreuse.

L'emploi méthodique du trocart explorateur n'expose pas à blesser le testicule. Au lieu de l'introduire brutalement et d'un seul coup, ainsi qu'on le fait d'ordinaire pour un instrument plus volumineux, on procède avec douceur et précaution. Le scrotum une fois traversé, on retire un peu la pointe dans la canule, et on pousse l'instrument, devenu inoffensif, vers telle partie que l'on juge convenable de la cavité kystique.

Il est, du reste, une précaution beaucoup plus sûre encore, que je ne manque jamais de prendre, toutes les fois qu'il s'agit de pratiquer une opération d'hydrocèle.

Je m'arme d'une simple aiguille; du même coup, j'obtiens un triple résultat : 1° par la liberté des mouvements que j'imprime à l'aiguille, j'assure le diagnostic, en acquérant la certitude que j'ai affaire, non à une tumeur solide, mais à une collection liquide; 2° je reconnais le siége occupé par le testicule; 3° je me fixe, enfin, sur la nature de la collection, par les gouttelettes qui s'écoulent de la petite ouverture, après le retrait de l'agent explorateur.

M'écartant encore, sur un autre point, des habitudes consacrées, je ne fais jamais usage, pour ces sortes d'opérations, des seringues si volumineuses employées en de telles conditions. Pourquoi tous ces gros instruments, véritables *impédimenta*, beaucoup plus effrayants d'ailleurs, pour les malades, que les instruments de petites dimensions? Je me sers tout simplement d'une seringue en verre, dite *seringue à injections*.

Depuis vingt ans, ces deux petits engins constituent tout mon arsenal, pour la pratique de l'opération de l'hydrocèle et des kystes séreux.

Après ce préambule que, peut-être, on pourra trouver un peu long, j'arrive au traitement de ces sortes de tumeurs, par l'injection de l'alcool pur et simple. Je me propose de relater quelques-unes seulement des applications que j'ai faites de ce mode de traitement. J'exprimerai mon appréciation personnelle sur sa valeur : instruit par l'expérience, je dirai, enfin, la ligne de conduite qui me semble devoir être suivie, en raison des circonstances particulières dans lesquelles se trouve l'homme de l'art, par rapport à son malade.

Obs. I. *Hydrocèle volumineuse chez un vieillard. — Injection d'une très-petite quantité d'alcool. — Succès complet et durable.*

M. M..., artiste, âgé de 65 ans. Hydrocèle volumineuse à droite. Le 7 août 1871, au moyen d'un trocart capillaire, je retire trois verres de sérosité limpide. J'injecte ensuite, au moyen d'une petite seringue à injections en verre, 7 gr. d'alcool rectifié. Douleur nulle. L'épanchement se reforme et la tumeur scrotale atteint son volume primitif. Résolution complète au bout de six semaines environ.

Depuis cette époque, nulle récidive n'a eu lieu.

Obs. II et III. *Deux opérations d'hydrocèle, chez le même sujet, par les injections alcooliques. — Succès durables.*

§ 1. M. G..., 28 ans, d'une belle constitution. Varicocèle volumineuse,

qui a été pour ce jeune homme une cause de réforme. Hydrocèle de ce même côté, constatée au moyen de l'aiguille, le 19 juillet 1871. Invasion de cette dernière affection, deux ans.

4 août 1871, opération dans mon cabinet. Extraction d'un verre seulement de sérosité. Injection de 6 à 7 gr. d'alcool. Douleur violente; le malade tombe comme foudroyé de son fauteuil, la face sur le parquet. Je le couche sur le dos, et lui projette de l'eau froide à la figure. Cet état syncopal alarmant se dissipe au bout de quelques minutes. — Réaction modérée, qui disparaît en peu de temps. M. G. n'a pas interrompu un seul jour ses occupations habituelles.

§ 2. Le 7 juin 1874, j'opérais de nouveau M. G. d'une hydrocèle développée à droite. Extraction d'un verre de sérosité; injection d'une petite seringue en verre d'alcool. Guérison persistante.

Obs. IV. *Hydrocèle. — Deux injections alcooliques infructueuses. — Succès d'une troisième tentative.*

M. B..., âgé d'une cinquantaine d'années, porte à gauche une hydrocèle, comptant environ deux ans d'invasion. 15 juin 1872, injection de 8 gr. d'alcool. Douleur vive; tendance à la syncope. Réaction peu douloureuse. Récidive. Seconde opération le 2 août 1873. Injection d'une seringue 1/2 d'alcool (soit environ 12 gr.). Douleur nulle; réaction inflammatoire nulle. L'alcool, pris chez le pharmacien, était-il bien au degré demandé? Nouvelle récidive.

Troisième opération le 26 août 1873. Cette fois, je demande au pharmacien de l'alcool à 90°, dont j'injecte plein ma petite seringue, après évacuation préalable complète du liquide colligé. Douleur violente, qui persiste trois heures. Réaction inflammatoire. Guérison radicale.

Cette réaction inflammatoire consécutive n'est pas de rigueur pour la guérison. Elle peut se produire, en quelque sorte, à l'état latent, ainsi que cela a eu lieu chez les deux premiers malades.

Ceci me rappelle un cas tout particulier de guérison, assez curieux pour mériter d'être rapporté.

Un homme d'une soixantaine d'années, tonnelier, en soulevant un tonneau vide, se heurta le scrotum. Ce sujet était atteint, depuis vingt ans, à gauche, d'une volumineuse hydrocèle que je devais opérer au premier jour. Ce traumatisme détermina une violente inflammation locale, que j'ai été appelé à combattre, et qui a présenté tous les caractères de la réaction qui se produit à la suite des injections modificatrices. La guérison de l'hydrocèle a été radicale.

Le fait suivant présente une particularité qui le rend surtout intéressant.

(*A suivre.*)

Le Béribéri (1)

Observé dans la province de Saint-Paul (Brésil).

Depuis quelques années, cette maladie sévit dans cette province épidémiquement, de telle sorte que l'on pourrait même supposer qu'elle y est endémique. Chose singulière, cependant, elle a toujours passé inaperçue, ou confondue avec d'autres maladies. C'est à ce point que, à l'éveil que j'ai donné sur elle, lorsque j'en fus moi-même atteint, le public (les médecins en tête) disait que c'était impossible, puisque dans la province de Saint-Paul il n'y avait pas de béribéri! On établissait *a priori* l'immunité de cette province, pour une maladie qui règne épidémiquement sous l'équateur.

Il m'est avis que si le médecin payait lui-même tribut à toutes les maladies, il arriverait à mieux les connaître, et le public n'en serait que mieux traité.....

Si les choses ne se passent pas ainsi, la faute en est à la Providence!

Je ne prétends pas faire une monographie de cette maladie : il y en a tant! Mais, comme son diagnostic est la

(1) *Béri*, en Cirangalois, signifie *mouton*; *béri béri* veut dire *allure du mouton*.

pomme de discorde parmi les observateurs, parce qu'elle se déguise sous différentes formes et que chaque observateur accepte comme type unique celle qu'il a observée, il me semble qu'il y aura quelque utilité à la faire connaître, quel que soit le déguisement qu'elle prenne, et à mettre d'accord les dissidents, sous la bannière commune de l'anatomie pathologique.

C'est cette anatomie qu'il faut toujours avoir devant soi, si l'on veut expliquer les rapports entre les symptômes et la maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DE LA MALADIE.

Le béribéri est une nosohémie, c'est-à-dire une maladie du sang.

A l'ouverture d'un cadavre de béribérique, on voit le sang, sans consistance couler comme de l'eau. Il ne coagule presque pas; c'est à peine si l'on rencontre dans les cavités du cœur quelques caillots mous (*Beaujean*); il a une odeur particulière ; sa couleur est obscure ; mais, à l'air, elle devient vermeille, rutilante.

J'ai constaté sur moi-même ce défaut de plasticité.

Pendant ma maladie, m'étant écrasé, par accident, la troisième phalange de deux doigts de la main droite, l'hémorrhagie qui s'ensuivit ne s'étancha qu'au bout de deux jours, malgré l'application des hémostatiques les plus efficaces, tels que l'eau phéniquée, bien supérieure dans ses effets au perchlorure de fer.

On possède deux analyses de sang béribérique. Un échantillon de ce sang a été extrait du bras d'un malade pendant une épidémie ; l'autre provient d'un cadavre, victime d'une épidémie ayant sévi dans un pays différent.

Le premier sang fut analysé par Scharlee, le second par Schneider. La composition de ces deux sangs est la même.

L'un et l'autre contiennent en excès du sulfate de soude, de l'eau, des phosphates calcaires et magnésiens. Par contre, on constate une diminution de la fibrine, de l'albumine, des globules rouges et des matières extractives.

Or, ce sang appauvri est impropre à reproduire les éléments anatomiques détruits par la combustion organique incessante.

Les muscles deviennent flasques et mous ; le cœur, les parois des artères, même capillaires, perdent leur contractilité ; d'où ralentissement du cours du sang, stagnation dans les capillaires ; *ce qui n'est pas de l'hypérémie, mais de la stase sanguine*, ou, si l'on veut, de l'*hypérémie passive*.

La conséquence de cette hémostase, c'est l'exsudation de la sérosité à travers les tissus les plus flasques et perméables, tels que le tissu cellulaire en général, et chez lequel la circulation est ralentie par la disposition des vaisseaux sanguins, comme dans la partie inférieure de la moelle épinière.

On comprend que cette partie doit ressentir la stagnation de la circulation sanguine, et que cette stagnation doit produire les symptômes de la myélite, puisque réellement il s'agit d'une *myélite passive*, qui présente une certaine parité avec la myélite par hypérémie active.

On peut, cependant, distinguer ces deux formes l'une de l'autre. Dans la seconde, il se produit une douleur qui s'irradie de la région sacro-lombaire aux membres pelviens. Bien souvent aussi il y a de l'œdème. Dans la première, au contraire, il n'y a que de la paralysie ; la douleur est l'exception.

Un sang anormal ne dissout pas la fibrine résultant de l'échange des matériaux organiques. Cette fibrine reste en suspension et va former des embolies capillaires, qui ajoutent à l'œdème, et quelquefois aussi produit l'embolie de l'artère pulmonaire, observée deux fois par le Dr *Silva Lima*, de Bahia.

Etat séreux du sang, faiblesse du cœur, fibrine qui obstrue les capillaires, telles sont des causes plus que suffisantes pour produire l'œdème et l'ischémie des vaisseaux ; l'épanchement

de sérosité dans les membranes et dans les cavités séreuses, dans les méninges, dans les ventricules du cerveau; les opacités, les épaississements, les ramollissements, les dégénérescences graisseuses et l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, altérations qui se rencontrent sur le cadavre.

Nous avons dit que l'organe qui, le premier, est le siége de la stagnation du sang doit être la moelle épinière. En effet, c'est elle qui, la première, a dénoncé l'invasion de la maladie par les symptômes d'une myélite qui, aussi, est la dernière à disparaître lorsqu'il y a guérison.

A la myélite par stase sanguine, succède promptement l'exsudation séreuse entre l'arachnoïde et la pie-mère, avec progression de bas en haut, ainsi que cela a lieu dans l'hypérémie active, pour arriver jusqu'à la cavité cranienne.

Cette stase peut être générale ou partielle : dans ce dernier cas, elle occupe de préférence la région lombaire ou la région cervicale.

Cependant, les effets de la stase partielle deviennent généraux, parce que l'infiltration séreuse s'étend tout le long de la moelle épinière.

A l'exploration de la colonne vertébrale, on trouve le plus souvent un ou deux points douloureux (régions sacro-lombaire et cervicale). Si la maladie fait des progrès, on peut trouver douloureuse toute l'épine dorsale ou une grande partie de son étendue.

Cependant il peut y avoir anesthésie, hypéresthésie, contractures, crampes, picotements, soubresauts musculaires, gène de la marche et des mouvements des membres supérieurs, enfin tous les symptômes de la myélite, sans douleur à la percussion de l'épine dorsale.

La douleur suit le trajet des cordons nerveux dans les membres inférieurs d'abord, puis dans les supérieurs et dans le tronc.

Il arrive quelquefois que les symptômes de la myélite sont très-légers ou très-fugaces, tandis que quelque part (nerf sciatique, nerfs intercostaux) se fixe une névralgie opiniâtre.

La paralysie complète des extrémités inférieures, dans les cas que j'ai observés, est rare; la règle, c'est une demi-paralysie. De même dans les membres supérieurs, si la maladie est localisée dans la région cervicale.

Un des traits caractéristiques de cette myélite est la marche particulière que la paralysie imprime au malade. Ainsi que l'indique son étymologie, c'est l'*allure du mouton*. Il suffit d'avoir vu cette marche quelquefois pour reconnaître dès le premier aspect le béribérique. Le peuple, dans l'Inde, ne se méprend pas à un tel signe.

Le malade porte le corps un peu penché en avant et il en appuie le poids sur le bord externe des pieds, tenant les jambes un peu écartées, et les relevant à chaque pas, comme qui pataugerait dans une flaque d'eau.

Comme dans la myélite ordinaire, la paralysie n'attaque ni le rectum, ni la vessie.

Délire, vertiges, vomissements, amblyopie et autres symptômes cérébraux dénoncent l'envahissement de la maladie dans les régions bulbaire et cervicale.

La respiration souvent devient oppressée, courte, incomplète, accélérée comme dans l'asthme.

L'asphyxie qui tue, est le résultat d'une exsudation abondante de sérosité dans l'espace arachnoïdien ou du ramollissement consécutif de la moelle.

La guérison spontanée est la règle ; cependant des exsudations séreuses répétées et de petites hémorrhagies peuvent donner lieu à une altération permanente, avec toutes ses conséquences.

L'amélioration s'opère toujours de haut en bas.

Les rechutes sont fréquentes et quelquefois deviennent habituelles, comme les hémorrhoïdes.

On comprend bien comment un tel résultat se produit. Un système veineux, à force de se dilater, devient variqueux.

La durée de cette maladie est indéterminée. J'ai vu des malades qui, étant venus me consulter comme pour des souffrances de nouvelle date, finissaient par déclarer qu'ils en étaient affectés depuis des années. Ils s'étaient habitués à la maladie, comme on s'habitue aux affections chroniques.

Tout cela est bien de la myélite sans mélange, et si ce n'était que cela, le béribéri serait une myélite épidémique très-facile à reconnaître et à ne confondre avec aucune autre maladie.

Mais la même cause qui agit sur la moelle épinière agit sur les autres viscères, qui répondent à leur guise à l'atteinte de la nosohémie, par l'accroissement de leur volume et de leur sensibilité et par des perturbations dans leurs fonctions et dans leurs sécrétions.

Ce sont ces symptômes de maladies locales qui induisent en erreur le médecin, s'il n'a pas reconnu la myélite au moment de son invasion, il ne soupçonne pas même qu'il a affaire à une nosohémie spéciale, le béribéri.

Or il est bon qu'il sache, que *toute maladie viscérale, à la suite d'une myélite épidémique, c'est du béribéri*, c'est-à-dire, a pour cause la nosohémie béribérique.

Il est bon qu'il sache aussi, que *toute myélite épidémique ne peut être que du béribéri*, parce que, étant une épidémie, c'est une altération du sang par un miasme. Or, il n'y a qu'une altération spécifique, capable de produire une maladie à part, spéciale.

Et combien de fois ne méconnaît-on pas la maladie parce qu'on ne cherche pas la myélite, ou que l'on ne prête pas assez d'attention à ses symptômes, qui se trouvent masqués par ceux de la maladie viscérale qui les domine?

(*A suivre.*) Dr J. Betoldi,
de Saint-Paul (Brésil).

Sur le thermo-cautère.

Le thermo-cautère ayant conquis ses lettres patentes de naturalisation, dans la pratique chirurgicale, le moment nous semble venu de consacrer un article spécial à un instrument qui a eu la fortune bien rare, mais du reste bien justifiée, d'être accueilli aussitôt avec faveur par les hommes de la plus haute notoriété.

La construction du thermo-cautère

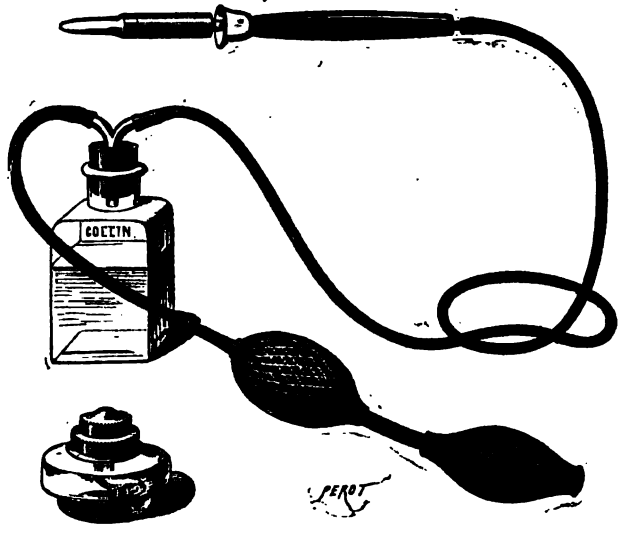


Fig. 1.

repose sur la propriété qu'a le platine (ou tout métal de même ordre), porté à un certain degré de chaleur, de devenir incandescent au contact d'un

mélange gazeux d'air et de certaines vapeurs hydrocarbonées, et de maintenir cette incandescence pendant tout le temps que ce mélange arrive à son contact.

Voici de quelle façon le Dr Paquelin a appliqué ce principe dans la construction de son instrument.

Il a fait établir un double tube métallique. Entre ces deux tubes a été ménagée une chambre de concentration et de dégagement. L'air atmosphérique, mélangé de vapeurs hydrocarbonées, arrive, par un système de soufflerie, au travers du tube interne, jusqu'à l'extrémité formant cautère, point sur lequel a été disposée une certaine proportion de mousse de platine, destinée à emmagasiner le calorique. L'excédant de ces vapeurs, non utilisé, revient dans la chambre limitée par les deux tubes, pour se dégager à la partie inférieure du tube externe, muni en outre, à cet objet, de deux larges ouvertures latérales.

Le dessin ci-dessus (fig. 1) donne une idée de cet instrument tout monté. Il représente le thermo-cautère en couteau.

Cette figure représente : 1° La partie amincie en platine, faisant, une fois rougie, office de lame ; 2° à sa suite est un renflement, formé par le tube externe ; 3° puis est figurée une partie très-limitée du tube interne ; 4° vient ensuite une sorte d'entonnoir, destiné simplement à prévenir les effets du rayonnement du calorique vers les mains de l'opérateur ; 5° l'instrument est terminé par un manche quadrillé, parcouru à son intérieur par la continuation du tube interne.

A l'extrémité digitale du manche est adapté, sur la portion terminale du même tube, formant têton, un tube de caoutchouc épais, aboutissant à un flacon à double tubulure.

La seconde tubulure correspond à un appareil de soufflerie, qui n'est autre que celui de Richardson, employé à la pulvérisation soit de l'éther, soit des solutions phéniquées, etc.

Le flacon carré sert de récipient aux produits hydrocarbonés. On se sert de préférence d'essence minérale purifiée,

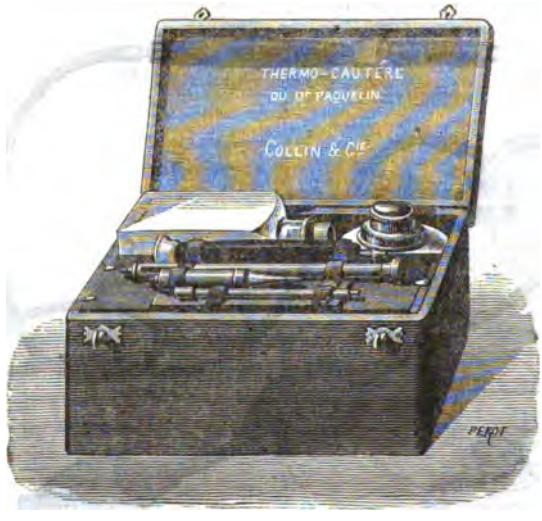


Fig. 2.

que l'on peut se procurer partout et dont le prix est insignifiant. Pour en obtenir de bons effets, le flacon ne doit en contenir que le tiers de sa capacité.

Les vapeurs hydrocarbonées se dégagent dans le flacon, sous l'influence du courant d'air établi par le jeu de la soufflerie.

L'autre flacon, figuré à la partie inférieure du dessin, est une lampe à alcool.

Inutile de faire observer que la figure 2, représente les diverses pièces de l'appareil, rangées dans une boîte appropriée.

Arrivons maintenant à la manœuvre de l'instrument.

S'agit-il de faire usage du thermo-

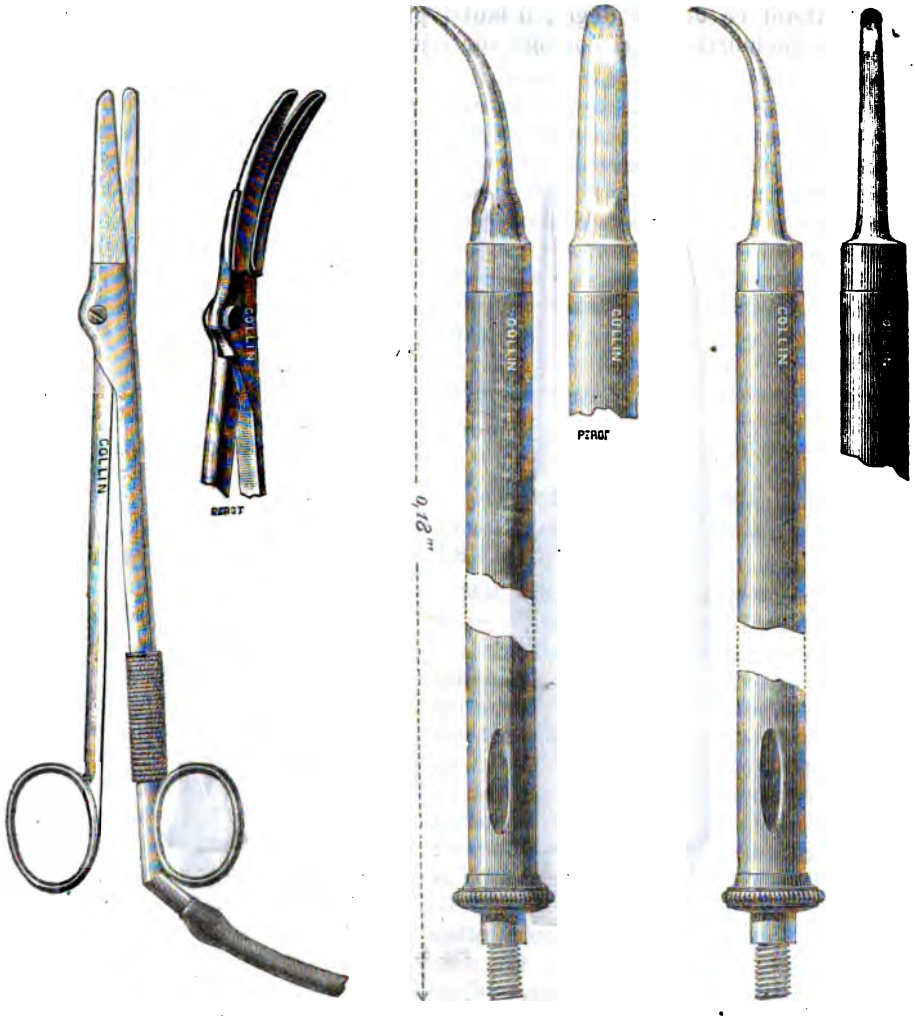


Fig 3. Fig. 4.

cautère? La première chose à faire, c'est de chauffer, à la flamme de la lampe à alcool, la portion quelle qu'elle soit (lame droite ou courbe, boule, ciseaux, etc.), dont on se propose d'élever la température.

Lorsque l'embout de platine, quelqu'en soit la forme, atteint un certain degré de chaleur, on presse à pleine main la poire terminale de caoutchouc, on met en jeu la soufflerie, afin d'envoyer, au travers du tube interne, une suffisante quantité de vapeurs hydrocarbonées mélangées d'air atmosphérique, qui ne tardent pas à mettre en ignition l'extrémité libre de l'instrument, c'est-à-dire le cautère actuel.

Ce dernier amorcé, le degré de son

ignition se mesure par la quantité des vapeurs insufflées, qui vont brûler sans flamme, dans le foyer interne de combustion. Cette ignition varie du rouge sombre au rouge blanc, selon la volonté de l'opérateur. Lorsque l'instrument atteint ce dernier degré, il faut craindre l'hémorrhagie, si l'on agit sur des régions très-vasculaires. En s'en tenant au rouge sombre, en opérant lentement, le thermo-cautère devient, au contraire, un excellent agent hémostatique.

Examinerons-nous ici toutes les applications du thermo-cautère qui, de jour en jour, tend de plus en plus à

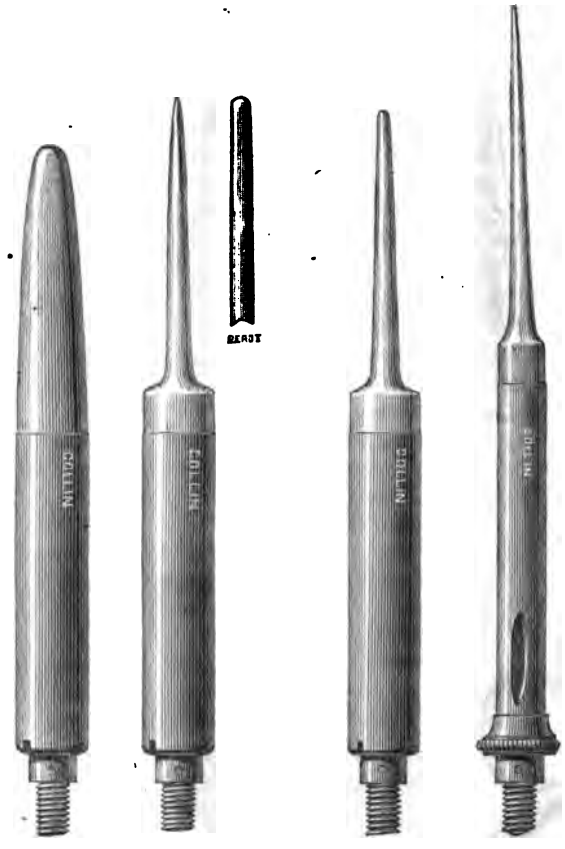


Fig. 5.

empiéter sur le champ jusqu'ici réservé au bistouri? Qu'il nous suffise de faire mention de quelques-unes de ses applications les plus usuelles.

C'est un mode très-expéditif et très-commode pour pratiquer la cautérisation soit ponctuée, soit linéaire, l'ignipuncture, etc. On s'en sert avec avantage pour ouvrir les abcès, les kystes; pour la section, pour la destruction des trajets fistuleux. M. Féréol vient d'y avoir recours avec succès, pour l'opération de l'empyème. Ses partisans déclarés en ont tiré parti pour pratiquer de longues et profondes incisions, pour effectuer même la trachéotomie. MM. Verneuil et Anger l'ont employé avec succès pour la pratique de la taille, etc., etc.

Pour ce qui est des avantages de ce mode opératoire sur l'antique cautère actuel, ils sont nombreux et incontestables.

Le thermo-cautère ne présente aucun *apparatus* effrayant. Grâce à lui, plus de réchaud, plus de soufflet, plus de nombreux cautères de rechange.

Rayonnant fort peu, il conserve longtemps sa chaleur, incessamment entretenue au degré voulu, par la projection calculée des vapeurs hydrocarbonées. Cette absence de rayonnement permet de porter l'instrument dans la profondeur des organes délicats, où il ne serait pas prudent de plonger un fer ordinaire, élevé à une haute température.

La constance de la température a l'avantage de laisser à l'opérateur tout le temps nécessaire pour conduire à bien, et sans se presser, l'opération la plus délicate.

Lorsque l'on sait bien graduer le degré de l'ignition, en opérant avec une prudente lenteur, on peut se mettre à l'abri de toute hémorrhagie, et opérer *à sec*.

Grâce à ces précieuses qualités, grâce aux formes multiples qu'on est parvenu à donner au cautère (cautères larges et plats, droits, pointus, recourbés, ciseaux, etc.) on peut aujourd'hui pratiquer un grand nombre d'opérations ressortissant à la chirurgie ignée, qu'on ne saurait exécuter avec le cautère actuel ordinaire.

Le thermo-cautère est donc destiné, au grand avantage et des malades et des opérateurs, à étendre considérablement le champ de la pyrotechnie chirurgicale.

Aujourd'hui, on en est à la période d'engouement. Aussi, comme du temps de Boileau, peut-on dire du thermo-cautère, que l'on en met un peu partout... Cet enthousiasme se calmera assurément bientôt, et l'emploi de cet instrument ne tardera pas à se régler. Quoique sensiblement réduit, son rôle n'en sera pas moins très-important dans la pratique chirurgicale. Cet instrument aura pour incontestable mérite de simplifier une foule d'opérations, de les rendre souvent accessibles au plus grand nombre, d'en atténuer, enfin, fréquemment la gravité, surtout dans les grands hôpitaux.

Nous ne nous étendrons pas, aujourd'hui, plus longuement sur le compte d'un instrument qui vient de mériter à son heureux inventeur la plus légitime des récompenses. Plus d'une fois déjà nous avons signalé les applications avantageuses du thermo-cautère. Nous aurons souvent encore l'occasion de le voir à l'œuvre entre les mains des habiles chirurgiens de nos hôpitaux. Ce sera le meilleur moyen de mettre en relief les précieuses qualités qui le distinguent, et de faire voir tout le parti que l'on en peut tirer, dans la pratique de la petite et de la grande chirurgie.

Dr Ch. Ferrant.

MALADIES RÉGNANTES

Statistique médicale des bureaux de bienfaisance, juillet 1877, par le Dr E. Gibert.

MM. Coqueret, Fontès, de Saint-Paul, Domerc, Monceau, Passant, Ch. Pellarin, Bonnefoy et Gibert ont fourni quelques éléments (trop peu nombreux) à la statistique pour le mois qui vient de s'écouler. Tous s'accordent à signaler la persistance des affections thoraciques, des angines et du rhumatisme, en même temps qu'apparaissent les embarras gastriques, les diarrhées et même des cas de fièvre typhoïde (Dr Bonnefoy), au voisinage de la Seine. Cette énumération est surtout confirmée par le rapport de M. Coqueret : cet honorable confrère, par sa position de médecin en chef de la police municipale, dispose de nombreux et importants documents qu'il veut bien résumer pour la Société ; varicelles dans le 1er arrondissement, rougeoles, coqueluches, dans le 5e et le 12e, diphthérie dans le 14e, et à propos de la diphthérie, qu'il me soit permis de faire une remarque : on lit dans le compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux, séance du 27 juillet 1877 (*Gaz. Hebdom.*,

n° 32, page 509), les lignes suivantes : M. Bergeron, hôpital Sainte-Eugénie : « je sais que le nombre des cas de diphthérie développés à l'intérieur a augmenté dans le second trimestre, et que la proportion des décès a été plus considérable que dans le premier. » M. Siredey, médecin de Lariboisière : « Malgré les raisons cent fois données inutilement de la nécessité d'isoler les sujets affectés de maladies contagieuses et particulièrement ceux qui sont atteints de diphthérie.... » Voici la seule conséquence que je veux tirer de cette citation : lorsque la Société des médecins des bureaux de bienfaisance a sollicité l'organisation d'un service chirurgical des pauvres à domicile, elle savait répondre indirectement à ces plaintes. Est-ce que le chirurgien chargé de ce service, assisté par des collègues de l'arrondissement, secondé soit par les sœurs gardes-malades des pauvres à domicile, soit par une de ses gardes que forment M. Duchaussoy et ses zélés collaborateurs, en multipliant les opérations de trachéotomie à domicile, n'éviteraient pas l'accumulation dans les hôpitaux d'enfants (ou l'isolement, paraît-il, ne peut être pratiqué), et par cela même cette fréquence si regrettable des cas intérieurs.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Glossite aiguë, par M. le Dr Moutier. — Le mercredi 8 novembre dernier, je me rendais près du nommé X..., demeurant à M..., homme de soixante ans, de constitution robuste ; il ne pouvait parler. Sa femme me raconta que, le lundi précédent, il s'était plaint d'un peu de gêne dans les mouvements de la langue, en même temps que d'une douleur assez vive dans l'oreille. *La langue n'était point douloureuse ;* mais comme le malade parlait à la manière *d'un homme soûl*, sa femme avait regardé dans sa bouche et trouvé la langue gonflée. Dans l'après-midi, le malade eut quelques douleurs lancinantes dans l'organe. Il put cependant manger un peu de soupe. Le soir, il prit un bain de pieds, et la nuit se passa sans aggravation. Le mardi, le mal augmenta lentement ; la région parotidienne se gonfla et devint douloureuse ; la soif était ardente, mais le patient buvait avec peine.

Le mercredi, le malade ne pouvait plus parler ni prendre aucun aliment. Je fus alors appelé. A mon arrivée, je le trouvai la bouche entr'ouverte, la langue saillante entre les arcades dentaires ; en avant de la branche montante du maxillaire, la joue faisait une assez notable saillie, et le toucher permettait de reconnaître que la joue elle-même n'était point le siége d'un gonflement, mais qu'elle était soulevée et repoussée en dehors par un organe sous-jacent.

La région parotidienne est tuméfiée par des ganglions volumineux et douloureux, et *le malade accuse une vive douleur dans l'oreille gauche.*

Je fais ouvrir largement la bouche, et la langue apparaît énorme dans toute sa moitié gauche, la droite est, au contraire, à peu près normale : elle est recouverte d'un enduit grisâtre et très-épais et de mauvaise odeur. Son bord gauche est sillonné par les empreintes des dents dans sa partie antérieure. En arrière, les dents manquant, la langue a projeté comme un prolongement entre les arcades dentaires et a refoulé la joue : nous avons vu plus haut ce fait apparent à l'extérieur. Le plancher de la bouche est tuméfié sous la pointe de la langue. La déglutition est impossible ; la voix a son timbre normal, mais le malade ne peut articuler ; les

tentatives qu'il fait ne donnent lieu qu'à un clapottement indistinct. La respiration est libre. Pouls, 110.

C'est pour la première fois qu'une affection pareille se présente à moi. Je crois me rappeler que les auteurs conseillent d'agir rapidement et énergiquement, et d'ailleurs cela me paraît indiqué.

Je plonge un bistouri droit ordinaire le plus loin possible vers la base, à peu près à égale distance des deux faces, puis une seconde fois 2 centimètres environ en avant du premier point. Un sang noir et abondant s'échappe, mais s'arrête bientôt. J'écarte alors la joue et débarrasse les bords de la langue des caillots qui se sont formés entre elle et la joue, le sang coule de nouveau, mais à plusieurs reprises la même manœuvre doit être répétée. J'estime à 150 grammes au moins la quantité de sang ainsi retirée.

A mesure que le sang s'écoule, on voit diminuer la langue, et quand l'opération est terminée, le malade peut parler et boire.

Bain de pieds, lavement purgatif, bains de la bouche avec la décoction de racine de guimauve. Je recommande le repos et le silence, bouillons.

Le lendemain, vers une heure de l'après-midi, on vient m'appeler de nouveau. Le malade a passé une bonne nuit, mais dès le matin la langue s'est rapidement gonflée. Je la trouve beaucoup plus volumineuse que la veille. *L'oreille est moins douloureuse.* le pouls est à 100 seulement, mais la respiration n'est pas libre et se fait difficilement ; le gonflement a dû gagner l'épiglotte ; la langue est fortement saillante et remplit toute la bouche ; c'est avec peine que j'écarte la joue et que j'insinue mon bistouri le long de la langue; quatre incisions profondes sont pratiquées dans toute la longueur du bord et de la face supérieure. Le sang coule d'abondance; mais, à plusieurs reprises, je dois enlever des caillots qui se forment entre la langue et la joue, et je tire ainsi 250 ou 300 grammes de sang; la langue diminue rapidement de volume ; le malade peut parler et boire; l'introduction du doigt au fond de la bouche me permet de reconnaître un gonflement considérable. — Bain de pieds, lavement purgatif.

Le vendredi, la langue a diminué, le malade parle et boit facilement; le samedi, pouls normal, la langue est à peu près à son volume naturel; les incisions apparaissent à peine sous la forme de lignes bleuâtres très-légères, leurs lèvres sont réunies dans toute leur étendue.

J'interroge alors le malade ; il ne se rappelle point s'être d'aucune façon blessé la langue, soit en se mordant, se piquant ou se brûlant; ses dents sont saines, ses gencives en bon état ; il fume beaucoup et se sert de pipes en terre courtes (brûle-gueule).

Quelle est donc l'étiologie de notre cas? — Quel rapport doit être établi entre cette douleur vive de l'oreille, signalée au début, et la glossite ? La première de ces questions peut-elle être éclairée par le fait de la présence, dans la semaine qui a suivi, de quatre furoncles sur le membre supérieur correspondant, dont un volumineux sur la main? Enfin, remarquant que notre hémiglossite siége à gauche, fait signalé comme de beaucoup le plus fréquent par les auteurs, il nous faut relater là un *desiratum* étiologique de plus, que nul n'a tenté d'expliquer jusqu'à présent.

De la façon dont le cas en question fut traité, il nous semble clairement résulter qu'il faut suivre dès le début le conseil déjà donné *d'inciser largement,* et non de se contenter de simples ponctions, ainsi que je le fis d'abord; les grandes incisions ayant amené un résultat définitif, les ponctions n'ayant donné qu'une amélioration temporaire. — Enfin, j'appelle l'attention sur la facilité avec laquelle le sang se tarit, si l'on n'a soin d'enlever les caillots que la pression qui s'exerce entre l'organe malade et la joue tend sans cesse à for-

mer rapidement. (*L'année médicale du Calvados.*)

Fracture du crâne par application du forceps; phénomènes de compression sur les régions motrices cérébrales; relèvement des fragments; guérison immédiate. — Un interne distingué des hôpitaux, M. Tapret, nous adresse une observation d'un très-grand intérêt et que nous reproduisons en entier.

Le 2 mars, entre dans le service de mon cher maître, M. Millard, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Hélène, une femme rachitique qui, depuis deux jours, est en travail. Les douleurs expulsives ne reviennent plus qu'à de longs intervalles et paraissent s'atténuer. Il y a vingt heures que la sage-femme qui devait l'accoucher a rompu la poche des eaux. La présentation est en occipito-iliaque gauche antérieure; mais la tête est à peine engagée, et le diamètre antéro-postérieur du bassin ne mesure pas plus de 8 cent. 1/4. L'accouchement ne paraît pas devoir se faire spontanément. L'interne de garde applique le forceps sans trop de difficulté. Après quelques minutes de traction énergique, l'opérateur a la sensation d'un affaissement brusque en même temps que le dégagement de la tête du fœtus s'opère. A partir de ce moment tout est vite terminé.

L'enfant reste quelques secondes dans une sorte d'état de mort apparente. On le plonge dans un bain de moutarde préparé à l'avance, et les efforts d'inspiration commencent.

Son cri est à peine perceptible, enroué, presque aphone. Le globe oculaire gauche fait une forte saillie sous les paupières entr'ouvertes. Toute la conjonctive bulbaire est infiltrée de sang. La figure est grimaçante; la moitié droite de la face est paralysée. Les membres supérieur et inférieur de ce côté sont animés de petits mouvements convulsifs intermittents. Dans l'intervalle, d'ailleurs très-court, des convulsions, il nous paraît évident que le bras et la jambe sont plus flasques de ce même côté que du côté opposé. L'extrémité libre de la cuillère gauche du forceps, appuyant à faux sur la bosse fronto-pariétale (l'instrument n'embrassait pas exactement la tête du fœtus suivant le diamètre bipariétal, la branche gauche se rapprochait du vertex et la branche droite était appliquée au niveau de l'oreille et très-près du cou), les os, très-durs, ont cédé en ce point. On constate, en effet, au-dessus de la bosse pariétale, un véritable enfoncement du crâne par fracture comminutive (embarrure), et non une dépression simple. Cet enfoncement commence sur le frontal, à deux centimètres environ au-dessus du diamètre occipito-frontal, et finit, sur le pariétal, à deux centimètres en arrière de la ligne auriculo-bregmotique. La suture médiane le limite en haut; en bas, il n'atteint pas les bosses pariétales. Le fragment postérieur du frontal, dirigé obliquement en haut et en arrière, chevauche sur le fragment antérieur du pariétal. (D'après le schema pris sur l'enfant par mon collègue et ami, M. Ferré, l'enfoncement correspondrait à la partie postérieure des trois circonvolutions frontales, et au tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante.) Un céphalématome s'est rapidement formé au niveau de cette embarrure.

Considérant l'enfant comme absolument perdu si l'on n'intervient pas rapidement pour faire cesser la compression, j'incise le péricrâne puis je visse un tire-fond obliquement (pour éviter de toucher l'écorce cérébrale) dans le plus large fragment enfoncé, et je remonte les os à leur niveau normal sans grandes difficulté. Le sang du céphalématome s'écoule par la plaie faite pour l'introduction de l'instrument, et j'applique en ce point une cuirasse de collodion. L'enrouement, l'aphonie cessent immédiatement; le cri de l'enfant devient excellent, les convulsions ne se reproduisent plus; l'exophthalmie disparaît, et le lendemain on ne constate plus qu'un peu de paralysie faciale. Il

est difficile de juger si l'affaiblissement musculaire existe encore à droite du côté des membres. Au bout de trois jours l'épanchement sous conjonctival s'est résorbé. Toute trace de compression cérébrale s'est dissipée.

L'enfant tette bien, son état général est excellent. Nous n'avons plus à signaler que l'apparition, au cinquième jour, d'un abcès sur la partie latérale gauche du cou, et un autre petit abcès sanguin qui se montra deux jours après à la limite antérieure du collodion, c'est-à-dire en avant de la petite plaie du cuir chevelu. Ouverts, ces abcès guérissent rapidement.

Lorsqu'au bout de seize jours, l'enfant quitte l'hôpital pour aller au Vésinet, la boîte crânienne a repris sa symétrie.

A sa naissance, il pesait 3 k. 290, à sa sortie 3 k. 440. (*J. de méd. et de chir. pratiques.*)

Du bain froid au point de vue antipyrétique. — Le Dr Hussenet a étudié expérimentalement dans le laboratoire du professeur Feltz l'action du bain froid. La question à résoudre était celle-ci : la chaleur est-elle refoulée à l'intérieur, augmentant dans les viscères, quand elle diminue à la périphérie? Le refroidissement est-il, au contraire, général, intérieur ou extérieur? On comprend la portée différente de ces deux faits au point de vue thérapeutique. La température a été prise sur des chiens plongés dans un bain froid de 14 à 16 degrés; elle a été mesurée avant l'expérience, pendant l'immersion et après la sortie de l'eau. Le thermomètre était placé dans le rectum et dans le foie. Cet organe a été choisi parce qu'il peut être considéré comme le véritable foyer du calorique, parce qu'il est le plus accessible et que ses piqûres sur les chiens étaient généralement sans péril. Un thermomètre à pointe aiguë était introduit dans ce viscère. La température hépatique était plus élevée que la température rectale; quand l'animal était placé dans le bain frais, les températures diminuaient rapidement et à la fois avec une espèce de parallélisme; une fraction de degré, un ou deux dixièmes, se maintenait à l'avantage du foie. L'expérience a donné des résultats concordants sur des animaux à l'état physiologique, sur d'autres, après la section des pneumogastriques, sur des chiens atteints de pneumonie traumatique ou de septicémie. Sur neuf chiens, on a toujours constaté l'abaissement simultané des températures rectales et hépatiques. L'auteur en conclut qu'à la suite du bain froid l'abaissement de la température est total, se manifestait dans tous les organes; que la théorie du refoulement interne ne semble pas admissible, la réfrigération étant due à un simple phénomène physique, à la soustraction directe de la chaleur. L'auteur en conclut que la nature de la maladie ne constitue pas une contre-indication à l'usage des bains froids; que la rougeole, la scarlatine, la pneumonie, le rhumatisme articulaire, les admettent aussi bien que la fièvre typhoïde, pourvu que la température morbide ait une élévation notable, avec un type continu ou subcontinu. (*Lyon méd.*)

Guérison rapide d'un anévrisme de l'artère poplitée par l'appareil d'Esmarch. — Le Dr Smith, de l'hôpital Saint-Bartholomie (Londres), publie l'observation suivante: Un homme de quarante-cinq ans entre à l'hôpital, porteur d'une tumeur de la grosseur d'un œuf, et située dans le creux poplité. La tumeur est manifestement pulsatile, l'auscultation y fait découvrir du souffle, la flexion de la jambe sur la cuisse n'a sur elle aucune influence, mais elle diminue de volume, lorsqu'on comprime l'artère fémorale. La tumeur est très-douloureuse, la marche impossible, et le malade demande à être délivré par n'importe quel moyen. Voici de quelle façon M. Smith conduit le traitement : le malade est laissé huit jours au repos

absolu, après ce temps, à l'aide de deux bandes de flanelle, on enveloppe méthodiquement le membre inférieur, depuis les orteils jusqu'au tubercule antérieur du tibia, et depuis les condyles jusqu'à la région inguinale; la poplitée est laissée libre. La bande élastique d'Esmarch est appliquée par dessus la première de flanelle et la couvre méthodiquement; le malade est mis dans la position verticale, le sac anévrysmal se remplit, la tumeur est très tendue, augmentée de volume. Une seconde bande de caoutchouc est appliquée depuis la limite supérieure de la région poplitée jusqu'à l'aine : l'anévrisme est resté découvert et on peut constater qu'il ne s'y produit plus la moindre pulsation. Un lien constricteur d'Esmarch est appliqué alors au niveau du triangle de Scarpa. Au bout d'une demi-heure, la douleur devient intolérable, et, pour continuer pendant une autre demi-heure la compression, on a recours au chloroforme. L'appareil d'Esmarch est enlevé et remplacé par un tourniquet, que le malade tolère pendant une demi-heure. On constate alors que la tumeur est réduite de moitié, qu'elle est solide, et qu'elle n'est plus le siége d'aucune pulsation. Le lendemain de l'opération, le malade se plaint de violentes douleurs dans tout le membre, mais elles s'amendent et disparaissent assez vite. Trois semaines ont suffi, dans le cas du malade de Smith, pour obtenir une guérison complète. (*Lancet.*)

L'Amylnitrit antidote du chloroforme (*Burak — New-York Med. Journ. — All. med. centr. Ztg.* 1877. —Le Dr *Burak* a démontré par des expériences sur les animaux et des observations sur l'homme, l'antagonisme de ces deux remèdes. Les dangers produits par la narcose du chloroforme peuvent maintenant être facilement conjurés par l'emploi de l'amylnitrit (1) et les cas de mort ne devraient plus se produire. La science, l'expérience de l'auteur et celles d'autres médecins, l'humanité font un devoir à chaque opérateur qui emploie le chloroforme, d'avoir toujours sous la main l'amylnitrit pour y avoir recours dans les cas qui présentent du danger.

(1) Voir le numéro du 1er janvier, page 10.

Traitement de l'orchite blennorrhagique par la pommade à l'iodoforme. — 1° Mieux que tout autre agent, l'iodoforme calme la douleur qui accompagne l'orchite blennorrhagique; ce résultat est obtenu au bout d'une ou deux heures.

2° L'iodoforme a une action résolutive très-manifeste et présente sur l'onguent mercuriel, généralement employé, l'avantage de n'occasionner aucun accident par son absorption.

3° L'iodoforme abrège très-notablement la durée de l'orchite et empêche l'induration consécutive de l'organe.

4° Il faut employer une pommade contenant pour trente grammes d'axonge, de un à deux grammes d'iodoforme, suivant l'intensité de l'inflammation. (*Independencia medica* de Barcelone.)

Glace dans le rectum pour combattre la narcose chloroformique. — Selon le Dr Baillée, il n'y a pas de moyen plus actif dans la narcose causée par le chloroforme que l'introduction d'un morceau de glace dans le rectum. Une pression modérée suffit pour surmonter la résistance du sphincter. La glace fond dans l'intestin et immédiatement il se produit une respiration profonde, précurseur de la respiration naturelle et du rétablissement des fonctions cardiaques. M. Baillée recommande le même moyen dans les cas de mort apparente des nouveau-nés. (*Lo Sperimentale.*)

Ovariotomie retour de la menstruation. — M. Terrier a pratiqué avec M. Verneuil une ovariotomie dans laquelle les deux ovaires ont été enlevés. Néanmoins, après la guérison, la menstruation a reparu et se

fait à présent très-régulièrement. Ce fait a déjà été observé assez souvent, d'ailleurs, et indique que l'ovulation et la menstruation ne sont pas nécessairement liées ensemble. (*J. de Méd. et de Chir. pratiques.*)

Injections hypodermiques de morphine pour prévenir l'avortement. — Le docteur Isham, de Cincinnati, dans sept cas d'avortement menaçants a employé la morphine tantôt par la bouche, tantôt par le procédé des injections hypodermiques.

Dans tous ces cas, les contractions utérines et les hémorrhagies furent arrêtées. Dans quatre cas, la grossesse continua son cours jusqu'à la fin; dans les trois autres, l'accouchement se fit, il est vrai, de trois jours à deux semaines après, mais ils devaient fatalement être des insuccès, puisque dans deux de ces cas les fœtus étaient déjà morts quand on les vit la première fois.

Excrétion d'iode et de brôme par les seins, par M.-J. E. Loughlin, de Philadelphie. (*Philadelphia medical Times.*) — M. Loughlin a constaté la présence d'iode, dans 2 onces de lait, d'une femme qui avait pris pendant quinze jours 0 gr. 65 d'iodure de potassium, et celle de brôme dans celui d'une autre personne qui avait journellement ingéré 4 grammes de bromure de potassium. On comprend facilement les déductions thérapeutiques qu'on peut tirer de ces faits, pour le traitement des maladies des petits enfants, par le lait de nourrices soumises à l'emploi de l'une ou de l'autre de ces substances.

Mort subite par corps étranger dans la trachée chez un jeune garçon âgé de trois ans et onze mois, par M. le Dr Odier, de Genève. — Ce jeune enfant était à table à côté de sa mère à prendre sa tasse de lait, quand on le vit pencher la tête et pâlir subitement. La mort a eu lieu en deux ou trois minutes, sans lutte, sans cyanose. Tous les essais pour le ramener à la vie ont été infructueux. A l'autopsie, le Dr Odier a trouvé sur l'épiglotte un petit fragment de pain et au milieu de l'éperon de la bifurcation des bronches un peu de lait avec de la purée de pain, qui n'oblitérait nullement la lumière de la bronche. Un peu plus bas dans les bronches, le Dr Odier a retrouvé également des petits fragments de la même purée, de la grosseur d'une tête d'épingle. La mort a dû arriver par syncope et non par suffocation. Le cœur et les poumons étaient parfaitement sains; il n'y avait pas d'ecchymoses sous-pleurales, point d'écume bronchique.

Cette observation, communiquée par M. le Dr Odier à la Société médicale de Genève, a permis à M. le Dr Juillard de citer un cas analogue chez un enfant de neuf ou dix mois, chez qui la mort avait été occasionnée par du lait coagulé dans la trachée.

De ces observations on peut rapprocher la rapidité de l'asphyxie chez les enfants opérés du croup et qui sont *décanulés*. Une simple émotion peut les faire bleuir et succomber à l'asphyxie. Le chirurgien ne doit pas perdre de vue cet accident qui pourrait déterminer la mort de l'opéré au moment où l'on ne s'y attendrait pas. (*Paris médical.*)

La chair des animaux malades est-elle propre à la nourriture de l'homme? — Pour apporter mon contingent de faits à ce problème d'hygiène très-controversé, je dirai avoir connu des petits fermiers et des laitiers, qui, en présence d'un jeune veau affecté de la maladie d'eaux aux jambes, n'hésitaient pas à lui donner immédiatement la mort, et à préparer, comme à l'ordinaire les morceaux de viande pour la nourriture de leur famille et celle des domestiques, en laissant seulement de côté les parties les plus fortement congestionnées.

A côté de ce fait, je rappellerai que pendant quarante-cinq ans, j'ai toujours vu livrer à la consommation la

chair des vaches qui avaient succombé à des maladies infectieuses, ou qui, par mesure préventive avaient été tuées dès l'apparition du mal.

Je suis persuadé que les divers procédés de coction détruisent tous les effets des poisons organiques, et les rendent ainsi impropres à reproduire de fâcheux résultats sur des organismes sains.

Voici d'autre part des détails précis que me communique un planteur d'indigo, magistrat honorable qui a vécu pendant trente-cinq ans dans les districts de la province de Béhar, présidence du Bengale.

La tribu des Chummars et Dooms est la seule qui se permette de toucher et d'utiliser les carcasses des animaux morts.

De temps immémorial ils ont conservé l'habitude de manger la viande du bétail, mort pour quelque cause que ce soit sur le territoire de leur village ; après avoir consommé les chairs, ils font commerce des peaux.

Quelques années avant la guerre de Crimée, notre planteur ainsi que d'autres propriétaires de bestiaux, avaient constaté la perte incessante et mystérieuse de leurs plus beaux animaux. Pendant la guerre, lorsque les cuirs étaient devenus plus rares et plus chers, les pertes s'accrurent dans une proportion désolante, au point de faire redouter la disparition complète des troupeaux.

Les propriétaires ayant alors recherché avec u nsoin plus minutieux les causes de la mort, ne tardèrent pas à découvrir qu'elle était due uniquement à un empoisonnement par l'arsenic.

Voici comment opéraient ces misérables, qui agissaient en connivence avec un marchand de cuirs de Patna, et qui furent bientôt arrêtés et condamnés à un long emprisonnement.

Indépendamment de leurs aveux, on trouva en leur possession 7 ou 8 ballots d'arsenic.

Ils enveloppaient une quantité considérable d'arsenic dans une grande feuille verte de la plante du ricin, et plaçaient ce singulier bol par terre à proximité de l'animal qui leur semblait le mieux nourri et le mieux conditionné.

L'animal sans défiance avalait la feuille avec son contenu, mais bientôt après, la mort arrivait dans d'atroces souffrances. A ce moment, les malfaiteurs prévenaient les habitants du village de Chummar qui s'emparaient du corps de l'animal, le dépeçaient, vendaient les peaux à Patna, après avoir mangé la viande.

Les vaisseaux sanguins des bêtes ainsi empoisonnées par l'arsenic avaient une coloration rouge écarlate ; malgré cette apparence, malgré la connaissance de la cause de la mort par un agent toxique, ces misérables voleurs trouvaient cette alimentation excellente. Le fait est qu'on ne peut imaginer rien de plus fort et de mieux constitué que cette étrange population.

(*Journal d'hygiène.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Pilules anti-hystériques.

(Pilules d'asa fœtida composées.)

Asa fœtida.	6
Extrait valériane. . .	6
Castoreum.	3

Pour 100 pilules.

De 4 à 8 pilules par jour entre les repas.

Pilules aloétiques martiales.

Aloès soccotrin.	4
Malate de fer	4
Gomme ammoniaque. . . .	4
Savon médicinal	4

Sirop blanc : Quantité suffisante.

F. S. a. 100 Pilules.

Deux pilules par jour, une avant chaque repas.

Injection astringente (*Ricord*).

Acide tannique.	1 gr.
Alun	1 —
Vin de Roussillon	100 —
Hydrolat de roses	100 —

Faites une solution, avec laquelle on donnera trois injections par jour dans l'urhétrite chronique. On explorera le canal pour s'assurer qu'il ne présente pas de rétrécissement. (*Douze cents formules*, etc.)

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1877.

Présidence de M. Bouley.

Charbon. — M. le Président communique à l'Académie une lettre de M. Pasteur, relative au mémoire lu par M. Colin sur la maladie charbonneuse et son mode de transmission.

M. Pasteur accuse M. Colin d'avoir travesti l'importante expérience des cultures successives de la bactéridie dans l'urine. « Mêler, dit-il, une goutte de sang charbonneux à de l'eau ou du sang pur, à du sérum ou à de l'humeur de l'œil, comme l'ont fait Davaine, Kock et M. Colin lui-même, puis inoculer une partie du mélange et provoquer la mort, c'est laisser le doute dans l'esprit sur la cause de la virulence, principalement depuis les célèbres expériences de Davaine sur la septicémie.

Tout autre est notre expérience. La bactéridie est cultivée une première fois en prenant pour semence une trace microscopique de sang charbonneux, puis on passe à une seconde culture, à une troisième,... à une dixième,... à une centième, etc., en prenant toujours pour semence d'une culture une gouttelette de la culture précédente. Si vous supposez que la goutte de semence pour chaque culture est délayée dans cent fois son volume, ce qui est encore infiniment au-dessous de la vérité, la goutte de sang charbonneux de l'origine se trouvera, à la fin, diluée dans un nombre de gouttes d'urine représenté par le nombre 100 élevé à la centième puissance, c'est-à-dire par l'unité suivie de 200 zéros. Ce serait une absurdité d'admettre que la dernière virulence emprunte son pouvoir, non à la bactéridie qui s'est multipliée dans chaque culture, mais à un agent virulent, existant dans la goutte de sang originaire. »

M. Pasteur en vient ensuite à l'hypothèse que M. Colin a émise comme objection, relativement à l'expérience du sang charbonneux filtré sur le plâtre, au moyen du vide, et montre que son antagoniste émet des assertions sans démonstrations.

M. Pasteur insiste, en terminant, sur un point de sa démonstration qu'il considère comme essentiel :

Zundel, dit-il, assure que la bactéridie prive le sang de son oxygène, mais la conséquence qu'il en déduit n'est qu'une supposition. Que la bactéridie absorbe l'oxygène, c'est une chose évidente, parce que tout organisme absorbe l'oxygène libre, qu'il soit aérobie ou anaérobie, mais ce que nous avons prouvé, et ce que l'on n'avait pas fait auparavant, c'est que *la bactéridie absorbe jusqu'aux dernières portions de l'oxygène*. Voilà la preuve, sans laquelle on ne peut conclure rigoureusement à la nécessité de l'asphyxie.

Acide salicylique. — M. Sée rend compte d'un travail de M. Grollet, sur l'emploi de l'acide salicylique en injections contre la leucorrhée et d'un mémoire relatif à l'association de divers salicylates avec les eaux de Contrexeville. Puis il s'attache à établir, contrairement à M. Laborde, que l'acide salicylique ne peut produire l'anesthésie chez les chiens à aucune dose.

Aux observations de M. Oulmont et Guéneau de Mussy, sur l'action de

l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde, il oppose les statistiques considérables qui ont été publiées, il y a quelques mois, par Stricker, au nom du corps des médecins militaires prussiens. Il s'appuie également sur ces mêmes statistiques, qui portent sur près de 200 faits en ce qui touche le rhumatisme articulaire, soit aigu, soit même chronique, pour démontrer la rapidité de la guérison, que Stricker a vu survenir le plus souvent dans les trois jours, et la rareté des complications cardiaque ou autre, qui se rencontreraient seulement trois fois sur cent cas, d'après les chiffres recueillis par Stricker. Il explique par l'hypothèse de lésions rénales se rattachant à l'alcoolisme et empêchant l'élimination du remède, un des cas de mort observés par M. Empis. Stricker n'avait pas signalé de cas de mort. Il ne s'écarte de Stricker que relativement à la théorie émise par le médecin prussien. Ce dernier regardait l'acide salicylique comme un spécifique du rhumatisme aigu et comme un antipyrétique; tandis qu'il agirait surtout comme analgésiant. Quoi qu'il en soit, le nombre des cas qui prouvent son efficacité dans le rhumatisme s'accroît tous les jours.

Séance du 28 août 1877

Présidence de M. Bouley.

Acide salicylique.—M. Sée continue l'éloge de l'acide salicylique, qui aurait avec une promptitude miraculeuse rendu la vue à des malades qui n'y voyaient plus distinctement, le plein exercice de leurs membres à des gens cloués dans leurs lits, depuis longtemps, par l'arthrite déformante, la goutte, la sciatique chronique, etc., fait disparaître les douleurs les plus atroces et les plus rebelles de la céphalalgie, du *tabes dorsalis*, etc., etc.

Maïs. — M. le docteur Fua (de Padoue), lit un travail intitulé : *Note additionnelle au mémoire sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques du maïs.* M. Fua insiste surtout sur la distinction à établir entre deux genres de maladies parasitaires pouvant affecter le maïs, celle que l'on nomme le charbon, et celles que l'on comprend sous le nom de verdet. Ces dernières seules, car elles sont multiples, pourraient nuire à la santé de l'homme.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le Dr Joseph Martin, ancien chirurgien militaire; Gérard Fourgeaud, médecin-major de première classe, en retraite.

Au grade de chevalier : MM. Pambrun, ancien chirurgien militaire; Miltemberget, ancien vétérinaire des armées; Huguet, ancien chirurgien de la marine; Acarie, médecin en chef honoraire des hôpitaux de Valence.

***

Concours. — Il sera ouvert en 1878 des concours pour 40 places d'agrégés. Ces places seront réparties de la manière suivante entre les Facultés de médecine de l'État :

Anatomie et physiologie : 6 places. Paris, Lille, Lyon, Montpellier, 1; Nancy, 2.

Histoire naturelle : 4 places. Paris, Lille, Lyon, Montpellier, 1.

Physique et chimie : 4 places. Lyon et Montpellier, 1; Nancy, 2.

Section de médecine : 14 places. Paris, 4; Lille, 3; Lyon, 2; Montpellier, 3; Nancy, 2.

Chirurgie : 10 places. Paris, 3; Lille, 3; Lyon, 2; Montpellier, 1; Nancy, 1.

Accouchements : 2 places. Paris, 1; Nancy, 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 16 février 1878, pour la section de médecine.

Le 25 avril 1878, pour la section de chirurgie et accouchements.

Le 15 juin 1878, pour la section des sciences anatomiques et des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs Facultés.

***

Hôpitaux de Paris. — *Prix de l'internat.*— Les juges sont MM. Hayem, Parrot, Potain, Ferrand, Curco, Désormeaux, Nicaise.

***

Le Jardin d'acclimatation. — Le nombreux public qui se pressait dimanche au Jardin d'acclimatation du Bois de Boulogne a pris grand intérêt aux animaux récemment arrivés d'Afrique.

Les superbes Nubiens qui accompagnent le convoi ont été l'objet de l'attention générale. On a pris plaisir à les voir monter les chameaux et les bœufs porteurs qu'ils ont amenés.

Ces hommes demi-nus, armés de lances et d'épées qui rappellent notre moyen-âge, sont d'ailleurs d'une douceur parfaite. Tout en eux est curieux, mais surtout leur coiffure, qui, pour les jours de fête, est blanche et comme poudrée... mais poudrée de suif !

***

Condamnation du médicastre de la Benauge. — La sorcellerie de la Gironde vient d'être cruellement frappée dans la personne d'un de ses pontifes les plus estimés. Malgré toute une vie de dévouement, malgré toutes les attestations et tous les certificats, le sieur Bissière, la Providence de la Benauge, vient d'être condamné à six mois de prison et 1,000 fr. d'amende.

Nos confrères n'ont pas oublié combien le comité de défense professionnelle s'est employé dans la poursuite de cette affaire. Il n'est pas inutile de les engager maintenant à ne pas perdre de vue ce dangereux médicastre, qui serait durement frappé à la récidive dans l'année. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

***

Hygiopolis. — On sait qu'il a été question, il y a quelque temps déja, de la construction en Angleterre, d'une ville réunissant toutes les conditions d'hygiène désirables et qui, pour cette raison, doit porter le nom « d'Hygiopolis » ou Ville de la Santé.

De Londres, on mande que les travaux vont commencer à l'automne prochain. L'endroit choisi, pour réaliser l'idée de M. Richardson, se trouve dans les environs du bain de mer de Worthing (comté de Sussex). L'architecte et l'ingénieur, chargés des travaux, sont occupés à terminer les plans. Un devis des dépenses a été dressé pour le tracé des rues, la construction d'une jetée et la disposition de divers emplacements.

***

Les yeux diplomatiques. — Le général Ignatief a consulté, à Londres, un éminent spécialiste sur une affection dont il est atteint. Il s'agit d'une obstruction de l'un des conduits lacrymaux, qui fait qu'un des côtés de la figure est toujours doué d'une expression larmoyante, tandis que l'autre est en bonne santé.

On a toujours regardé le nerf facial comme très-important chez les diplomates, parce que sa section et sa paralysie enlèvent toute expression à la face ; mais combien plus encore l'est le canal lacrymal. Il est sans aucun doute, très-souvent, désirable pour un diplomate de présenter une tête de sphinx que l'expression ne vient point éclairer ; mais n'est-il pas beaucoup plus avantageux encore d'être prêt pour toutes circonstances ?

Si l'aimable général cause avec un ami des Slaves, il tournera son côté

larmoyant vers son ami, et déplorera les malheurs des chrétiens, etc.

C'est surtout pendant son séjour à Londres que le général a pu se servir de cet avantage en s'entretenant avec les membres du cabinet.

Lord Beaconsfield a toujours reçu avec quelque incrédulité les récits des atrocités de Bulgarie, tandis que lord Salisbury s'en montrait indigné.

Combien il devait être plaisant pour le général, en discutant sur ce sujet avec ces deux éminents personnages, de montrer tout à la fois une tête larmoyante à lord Salisbury et une tête exprimant l'indifférence et l'incrédulité à lord Beaconsfield.

Si Machiavel, au lieu d'avoir écrit *Le Prince*, avait écrit *Le Diplomate*, nous sommes certain qu'il eût recommandé l'oblitération du conduit lacrymal d'un seul côté. (*Medical Examiner. Nun. méd.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du* 15 *au* 23 *août*, 954 décès ainsi répartis : variole, 2 ; rougeole, 6; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 38 ; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 20; pneumonie, 46 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 30; choléra infantile, 0; choléra, 0: angine couenneuse, 42; croup, 15 ; affections puerpérales, 3 ; affections aiguës, 292 ; affections chroniques, 388 (dont 130 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 37; causes accidentelles, 30.

Du 23 *au* 30 *août*, 910 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 8; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 29; érysipèle, 2; bronchite aiguë, 22; pneumonie, 28; dysentérie, 2; diarrhée, cholériforme des enfants, 43; choléra infantile, 0; choléra, 0 ; angine couenneuse, 32 ; croup, 12 ; affections puerpérales, 4; affections aiguës, 320; affections chroniques, 343 (dont 139 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 42; causes accidentelles, 21.

VARIÉTÉS

Sur la suppression de la Direction municipale des nourrices de la ville de Paris, par le Dr Brochard (1).

Les petits bureaux n'ont, dans les départements, aucun représentant digne de confiance. Ce sont des *meneurs*, gens tarés sous tous les rapports, qui recrutent à la fois les nourrices pour les bureaux et les filles soumises pour les maisons de tolérance. Ce sont eux qui sont censés visiter les nourrissons, et qui payent les nourrices, sur le salaire desquelles ils ont une remise. La mortalité des nourrissons, placés par les petits bureaux, est, en moyenne, de un jour à deux ans, de 42 à 56 p. 100.

Les meneurs ont, en outre, une remise, 3 francs par chaque voyage de nourrice, de sorte qu'ils ont intérêt à amener aux bureaux de mauvaises nourrices, qui perdent plusieurs nourrissons par an, et qui retournent plusieurs fois en chercher de nouveaux. Cela fait autant de sommes de 3 francs assurées. Les bureaux eux-mêmes trouvent leur intérêt dans ce calcul inhumain; car ils touchent de nouveau, chaque fois, leurs frais d'administration, ou plutôt leurs frais d'enregistrement. On voit que, dans l'organisation des petits bureaux, rien ne protége les nourrissons; tout, au contraire, conspire contre la vie de ces malheureux petits êtres.

Pour entretenir, pour augmenter même leur clientèle, les bureaux particuliers de nourrices ont recours à un moyen que je n'hésite pas, le moins du monde, à qualifier d'immoral. Ils don-

(1) Suite. Voir le numéro du 1er septembre.

nent, comme *prime*, ou comme encouragement 5, 10, 15 et même 20 francs, aux sages-femmes qui viennent chercher des nourrices chez eux. Existe-t-il un meilleur moyen de détruire, à Paris, l'allaitement maternel, et d'encourager l'allaitement mercenaire? Je ne le pense pas. Il appartiendrait à la Société Protectrice de l'Enfance et au corps médical de Paris de protester publiquement, et d'une manière officielle, contre l'immoralité de cette prime.

L'Assistance publique, qui, depuis longues années, voulait se débarrasser de la Direction municipale des nourrices, organisation honnête qui ne procure pas à quelques personnes les bénéfices qu'elles trouvent dans les secours aux filles-mères, terme auquel elle tient aujourd'hui à ramener la charité légale, a eu recours à un moyen peu digne d'une grande administration, peu digne surtout d'une administration dite de charité publique.

Frappée des avantages de toutes sortes que la Direction municipale des nourrices offrait sur les petits bureaux, l'ancienne Administration de l'assistance voulait augmenter le nombre de ces circonscriptions dans les départements : quand j'ai quitté Nogent-le-Rotrou, il était question de créer deux circonscriptions nouvelles. Il n'en a pas été de même de l'administration actuelle; au lieu de créer, elle a supprimé, *par économie*, une ou deux circonscriptions, celle de Nogent, par exemple, qui donnait d'excellents résultats, puisque, dans certaines années, la mortalité des nourrissons n'y avait été que de 19 pour cent. Puis, elle a dit que le recrutement des nourrices devenaient de plus en plus difficile, ce qui était aisé à concevoir, puisque l'on supprimait des services de la Direction. Le nombre des nourrissons à placer ne diminuant pas, ayant même augmenté à cause de la guerre, on les plaça chez des nourrices sèches, c'est-à-dire qu'on les fit élever au biberon, ce qui, autrefois, éteit *formellement défendu*. La mortalité des enfants placés par la Direction atteignit alors des proportions épouvantables, en même temps que la subvention demandée à la ville de Paris allait sans cesse croissant. (Elle était, dans ces dernières années, de 600,000 francs.) Devant ce double résultat, habilement présenté et surtout habilement exploité par l'Assistance publique, le Conseil municipal et le Conseil d'Etat commirent la faute d'accorder à l'Assistance ce qu'elle leur demandait, la suppression de la Direction municipale des nourrices qui était une de nos meilleures et une de nos plus anciennes institutions.

Il n'existe donc, aujourd'hui, que les bureaux particuliers de nourrices, qui n'offrent, on vient de le voir, à la population parisienne, aucune garantie. S'il en est ainsi pour les personnes des classes élevées de la société, ils en offrent bien moins encore aux ouvrières, aux femmes pauvres, et surtout aux filles-mères. Autrefois, lorsqu'une femme pauvre, ou une fille-mère, *secourue*, mettait un enfant en nourrice, la direction municipale lui procurait, à l'instant même, une nourrice offrant les plus grandes garanties ; elle faisait surveiller cet enfant par un médecin, et le gardait jusqu'à l'âge de douze mois; si la mère ne payait pas, elle donnait chaque mois à la nourrice la garantie de 12 francs qu'elle lui avait assurée. Par ce moyen, l'enfant était soigné comme s'il eût appartenu à une famille riche, et la mère recevait, chaque mois, de ses nouvelles, comme si elle eût payé. Il était impossible de mieux sauvegarder les intérêts de l'humanité.

Que se passe-t-il, aujourd'hui, lorsqu'une pauvre femme ou une fille-mère, *secourue*, a besoin d'une nourrice? L'Assistance publique lui donne un secours temporaire qui, la plupart du temps, n'est que d'un mois, et avec lequel elle va, dans un bureau particulier, chercher une nourrice.

On se demande tout d'abord comment une administration, comme l'Assistance publique, qui se respecte, ou

qui, du moins, devrait se respecter, peut s'adresser, pour avoir des nourrices, à des établissements qui n'offrent aucune garantie, et professent ostensiblement la plus grande immoralité. Il y a là quelque chose de profondément regrettable. Avec son secours, la fille-mère aura une *nourrice de rebut* à laquelle elle confiera son enfant; celui-ci ne sera surveillé par personne, ne recevra aucuns soins médicaux, et ne sera pas vacciné. Le secours accordé n'étant ordinairement que d'un ou deux mois, la nourrice soignera mal cet enfant qui ne lui offrira aucune garantie pécuniaire, et, au lieu de le garder douze mois, le ramènera rapidement à Paris à l'expiration du secours accordé par l'Assistance publique. Si l'enfant échappe au manque de soins dont il est l'objet, il n'évitera certainement pas les dangers que lui font courir ces deux voyages. Les secours d'un mois ne sont donc qu'une prime et un encouragement à la mort des nourrissons. Comment le Conseil municipal peut-il accepter, encourager même un fait aussi contraire à l'hygiène, à la morale et à l'humanité? Car il ne faut pas oublier que ces nourrissons, qui sont ainsi fatalement voués à la mort par les secours d'un mois, sont tous des enfants pauvres.

On a dit que les femmes pauvres et les filles-mères, au lieu d'aller à la Direction municipale, iraient chercher les nourrices, dont elles auraient besoin, à l'Hospice des Enfants-Assistés, où l'administration départementale leur en fournirait. Mais il y a là quelque chose qui blesse profondément la morale. Une honnête mère de famille rougira d'aller aux Enfants-Trouvés : les passants qui la verront sortir pourraient supposer qu'elle vient d'abandonner son enfant. Les filles-mères qui iront (celles qui ont conservé encore de bons sentiments) se trouveront là en contact avec les filles perdues qui abandonnent leurs enfants, et qui leur donneront de mauvais conseils. Cette mesure, loin de favoriser l'allaitement maternel, augmentera nécessairement le nombre des abandons.

Je suis aussi partisan que qui que ce soit de l'allaitement maternel; mais je reconnais qu'il faut des nourrices mercenaires. La Direction municipale, qui ne faisait du placement des nourrices ni un objet de lucre, ni un objet de spéculation, avait donc sa raison d'être, comme le prouvent sa haute antiquité et les sages règlements dont l'avaient dotée nos rois et nos Parlements. Elle doit donc être *rétablie;* mais elle doit être ce qu'elle était autrefois, une *Direction indépendante* et n'appartenant pas à l'Assistance publique, administration étrangère à toutes les questions médicales. Mais, en attendant ce rétablissement, il est nécessaire qu'il existe un bureau de nourrices, remplaçant celui qui vient d'être supprimé, et auquel puissent s'adresser, sans être exploitées, les femmes pauvres et les filles-mères. Il faut que ce bureau offre toutes les garanties qu'offrait la Direction municipale.

En présence des faits que je viens de signaler, il appartient, je crois, à la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de s'occuper de cette grave question. Il est, il me semble, du devoir de notre Société de demander à M. le directeur de l'Assistance publique par quoi a été remplacée la Direction municipale, qui était si utile à la population parisienne. L'Assistance publique, qui a obtenu la suppression de la Direction municipale des nourrices, doit créer, pour la remplacer, un bureau qui offre les mêmes garanties. Il faut que les médecins des Bureaux de bienfaisance puissent, à un moment donné, trouver *immédiatement* de bonnes nourrices pour les mères de famille pauvres qui ne peuvent allaiter leurs enfants, ou pour les filles-mères qui ne spéculent pas sur la mort de leurs nouveau-nés.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris.— Imp. Balitout, Questroy et Ce, 7, rue Baillif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 19. — 1er OCTOBRE 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Leçon de M. le Dr Jules Simon

Sur les principaux agents de la médication diurétique.

De la scille et du colchique, dans la thérapeutique des maladies de l'enfance.

Le meilleur des diurétiques est assurément la digitale. Ce médicament, néanmoins, il faut le reconnaître, ne saurait suffire aux besoins de la thérapeutique. Son emploi prolongé, d'une part, n'est pas sans présenter des dangers. Il arrive un moment, d'autre part, où son action s'épuise, et où il ne produit plus aucun effet utile. Pour ces raisons, l'homme de l'art est heureux d'avoir à sa disposition des agents thérapeutiques agissant dans un même sens.

Il est un certain nombre de médicaments doués de vertus diurétiques et qui, à ce titre, peuvent rendre des services. De ce nombre sont : le lait, le nitrate de potasse, le chiendent, les queues de cerise, les pointes d'asperge, l'uva ursi, les bourgeons de sapin, l'iodure de potassium. On peut fonder sur eux un certain espoir; mais, on ne peut se le dissimuler, leur action est infidèle. Ils agissent beaucoup par les grandes quantités d'eau qui leur servent de véhicule.

La scille.

Il est un diurétique qui rend des services signalés, notamment dans certaines affections cardiaques, où la digitale ne saurait être employée. Ce médicament, c'est la scille maritime. On emploie les bulbes de cette liliacée sous forme de teinture, de poudre, d'extrait, de vin, de vinaigre, d'oxymel.

La scille fait partie du fameux *vin diurétique de la Charité*. Ce vin contient : des squammes de scille, de l'écorce de citron, de quinquina, de winter, des feuilles d'absinthe, de mélisse, des baies de genièvre, du maïs, des racines d'asclepias, d'angélique, et du vin blanc. Cette préparation rend de grands services dans la thérapeutique.

Le vin diurétique de Trousseau, ou *de l'Hôtel-Dieu* est une préparation non moins utile. Il convient davantage dans les maladies du cœur. Il contient, en effet, de la digitale, en proportion double de la scille. Il renferme, en même temps, des baies de genièvre et de l'acétate de potasse.

Le vinaigre, l'oxymel (mellite de vinaigre scillit.), conviennent très-bien dans la thérapeutique des enfants. On les administre, le premier, à la dose de 2 à 5 grammes en potion, le second à celle de 20 à 60 grammes dans de la limonade. Ces préparations agissent comme diurétiques et expectorants.

La dose de la teinture est de 10 à 20 gouttes par jour. Celle de l'extrait de 0,01 à 0,05; celle de la poudre de 0,05 à 0,10. On peut faire, avec l'extrait et la poudre, des pilules avec 0,01 du premier et 0,05 de la seconde, que l'on

administre au nombre de 8 ou 10 par jour, entre les repas. On peut y aller sans crainte, ce médicament n'offrant point de danger.

MODE D'ACTION. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — La scille est un médicament stimulant. Elle facilite la digestion, augmente la sécrétion gastro-intestinale. Portée dans le torrent circulatoire, elle agit comme sédatif de la circulation : elle diminue la fréquence du pouls. Elle ne s'accumule pas, ainsi que la digitale. Pour cette raison, on est quelqnefois obligé de suspendre l'emploi de cette dernière substance, pour lui substituer l'aconit ou la scille, qui agissent efficacement pendant ce temps d'arrêt.

La scille rend surtout des services dans certaines affections infantiles, caractérisées par des battements de cœur à tout propos, par un état nerveux, troubles non accompagnés d'œdème, ni d'infiltration, ni de congestion. On se trouve très-bien, alors, de prescrire un mélange composé de teintures de ciguë, d'aconit, et de scille, mélange qui donne lieu à une sédation marquée, et est préférable au bromure, que les enfants prennent avec dégoût, à cause de sa saveur désagréable.

Chez l'adulte, la scille est un médicament non moins précieux que chez les enfants. Il peut rendre plus de services encore que la digitale. Il faut renoncer à cette dernière quand elle ne produit plus de bons effets, ou qu'elle s'est usée par l'accoutumance. Alors il faut recourir à la scille, unie aux sels de potasse, ou à la poudre de Dower.

Les indications thérapeutiques de la scille sont assez nombreuses.

Dans l'asthme et la dyspnée nerveuse, on se trouve bien d'ordonner la noix vomique. Quand cette préparation ne produit pas de bons résultats, on retire d'excellents effets en associant les teintures de scille et de ciguë. Dans les cas d'atonie de l'organisme, on se trouve bien de recourir, en même temps, au seigle ergoté.

La scille est employée chez les enfants scrofuleux, à face bouffie, affectés d'engorgements ganglionnaires.

Dans les affections cardiaques, on se trouve très-bien d'associer la scille à la digitale. La première a pour effet de diminuer les propriétés malfaisantes de la dernière, tout en lui accroissant ses vertus utiles.

La scille est un médicament dont les qualités ne sont pas suffisamment appréciées. Lorsqu'il s'agit de remplir une indication grave, c'est à la digitale qu'il faut d'abord recourir. Une fois que ce puissant agent thérapeutique a ébranlé la machine, c'est à la scille qu'il convient de s'adresser. Cette précieuse substance est surtout utile dans la thérapeutique de l'enfance, et parce qu'elle n'est pas d'un dangereux emploi, et parce que l'homme de l'art est toujours heureux d'avoir plusieurs cordes à son arc.

Le colchique.

La teinture de colchique s'administre aux enfants à la dose de 10, 20 et 30 gouttes, par vingt-quatre heures, c'est-à-dire dans les mêmes proportions que chez les adultes. Dans le jeune âge, ce médicament peut être continué pendant trois ou quatre mois, sans occasionner aucun accident, sans cesser, néanmoins, de donner lieu à de très-bons résultats. Cette innocuité n'est pas la même chez les adultes. L'usage du colchique, en effet, peut déterminer de graves désordres dans les affections goutteuses, véritables Protées, qui se transforment comme à plaisir. Il n'en est pas de même, encore une fois, pour les enfants, auxquels on peut, en quelque sorte, prescrire des doses presqu'illimitées de cet agent thérapeutique.

MODE D'ACTION. — L'action du colchique est mystérieuse sur plus d'un point.

Ce médicament détermine de l'irritation sur le tube digestif et donne souvent lieu à des coliques passagères. C'est un puissant sédatif de la circulation. Il est

doué de vertus sialagogues qu'il faut connaître, car on pourrait, chez un enfant, mettre la salivation sur le compte de la dentition. Si on ne savait faire une telle distinction, on pourrait commettre des erreurs préjudiciables aux petits malades.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Le colchique est indiqué dans la plupart des affections rhumatismales, soit musculaires soit articulaires. Il convient surtout dans le rhumatisme noueux à forme atonique, principalement chez les enfants des grandes villes, si souvent lymphatiques, et porteurs d'hydarthroses. En pareils cas, le dosage du médicament est, on pourrait le dire, *ad libitum*.

Le colchique pourrait être aussi utilisé dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Mais, qu'on le sache bien : dans cette affection, en principe, il faut faire peu de chose. Le meilleur mode de traitement, c'est la chaleur. Il faut bien couvrir les petits malades, et s'en tenir, le plus et le mieux, à éviter les refroidissements. Ce sont les médecins qui se bornent à donner de petites choses, qui soignent le mieux ces sortes d'affections.

Il est bon, cependant, de combattre les complications. Ainsi, lorsque les douleurs sont trop péniblement supportées, il est indiqué de les combattre par le sulfate de quinine et l'opium, administrés à doses aussi modérées que possible.

La mobilité des manifestations rhumatismales est extrême. Il peut tout envahir successivement. Il est une de ses localisations très pénible et pouvant être suivie de graves conséquences. On s'aperçoit qu'un enfant a le cou raide, qu'il éprouve une douleur de plus en plus prononcée dans les mouvements de la tête. Il faut se défier alors, car cela peut tenir au développement d'une tumeur blanche, ayant pour siége l'articulation de l'atlas.

En principe, on ne saurait trop le répéter, il y a plus de profit à user d'un traitement modéré qu'à le pousser à bout.

A ce propos, M. Jules Simon rappelle la douloureuse histoire d'un de ses amis, atteint d'un rhumatisme articulaire très-douloureux. Pour calmer ses souffrances, il avait cru bon de lui administrer de fortes doses d'opium. Survinrent des complications cérébrales qui emportèrent promptement le malade. Le médicament a-t-il été la véritable cause de la catastrophe? Il serait difficile de répondre nettement à cette question. Quoi qu'il en soit, il reste toujours un doute dans l'esprit, et ce doute n'en est pas moins cruel pour celui qui est fondé à s'adresser une telle question. Pour ce qui le concerne, M. Jules Simon avoue que ce triste fait lui a causé un des plus cuisants regrets qu'il ait ressentis de sa vie.

Les mêmes remarques sont applicables au traitement de M. Briquet qui, dans le rhumatisme articulaire aigu, administre jusqu'à 3 et 4 grammes de sulfate de quinine par jour.

Ce sont là, encore une fois, des doses excessives, et non sans influence, sans doute, sur les graves complications cérébrales observées à la suite de leur emploi. De plus, les doses massives n'exercent aucune influence sur la durée et la marche de l'affection. En conséquence, il est d'une pratique judicieuse, non de tâcher de guérir une affection dont on ne peut abréger le cours, mais de la soigner : ce mot seul résume tout.

Dr F. RENOUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA PITIÉ

Service de M. LÉON LABBÉ (1).

§ 4. — Des névromes. — Du siége souvent circonscrit des points hypéresthésiés. — Excellents effets d'une opération limitée à ces mêmes points.

Une jeune fille, âgée de 20 ans, s'est blessée, il y a six mois, par des éclats

(1) Suite. Voir le numéro du 15 septembre.

de verre, la paume de la main gauche, au milieu de laquelle se voient deux cicatrices transversales. Les doigts sont rétractés, non par le fait de la section des tendons, mais par celui des violentes douleurs que ressent cette jeune fille dans la région palmaire. Pour l'habile chirurgien, il s'est développé dans le tissus cicatriciel, des névromes qui expliquent ces souffrances. C'est là, du reste, un fait courant dans la pratique chirurgicale. Ce qui l'est beaucoup moins, c'est la façon de procéder, pour arriver à guérir les malades, aux moindres frais possibles. A cet égard, M. Labbé s'est livré à des recherches qui lui ont permis de simplifier considérablement le manuel opératoire.

Il s'est aperçu, en effet, que très souvent ces douleurs sont superficielles et tellement limitées, qu'on peut couvrir le siége dont elles émanent, avec une tête d'épingle.

En pareils cas, il faut donc explorer très-attentivement la sensibilité de l'organe, au moyen d'un stylet mousse. Cette exploration exigeant tout le concours des malades, il convient de la pratiquer en dehors de toute anesthésie.

M. Labbé rappelle un cas où, ne pouvant préciser ce siége chez une malade chloroformisée, il fut obligé de la réveiller, afin de limiter de la façon la plus exacte l'étendue de la surface douloureuse.

Comme la jeune fille qu'il se dispose à opérer est très-impressionnable, l'habile chirurgien se propose de la chloroformiser, bien que la bénignité d'une telle opération permettrait de se dispenser de faire emploi des anesthésiques. Avant, toutefois, de lui donner le chloroforme, il recherche attentivement, à l'aide d'une sonde mousse, les parties sur lesquelles le contact d'un corps étranger donne lieu à une douleur. Il trouve ainsi deux points très-limités, qui sont le siége d'une sensibilité exagérée. Lorsque l'extrémité de l'instrument y est portée, la malade pousse des cris, et n'accuse aucune souffrance quand la pression est exercée en dehors de cette étroite zone.

Après diverses épreuves parfaitement significatives, M. Labbé se décide à enlever les tissus circonscrits d'où émane la douleur. Comme cette opération est une de celles dans lesquelles il importe d'éviter d'être gêné par le sang, il pose sur la main et l'avant-bras la bande d'Esmarch, qu'il fixe en haut, au moyen de son gros cordon de caoutchouc. L'ischémie une fois produite, laissant en place ledit cordon, il déroule la bande, pour mettre la face palmaire à découvert.

L'opération a été des plus simples. Agissant à la manière d'un emporte-pièce, le bistouri a enlevé une lanière de tissu cicatriciel sur les deux points où se produit l'hypéresthésie.

Ces pièces seront examinées au microscope.

C'est à l'avenir, maintenant, à décider si l'habile chirurgien a été bien inspiré, dans la pratique de cette petite opération.

Pour obvier à la rétraction des doigts, un bandage plâtré est appliqué.

A ce propos, un simple conseil pour préparer, sans tâtonnement, une bonne solution plâtrée. Il suffit, pour cela, d'employer le plâtre et l'eau en quantités égales.

Par exemple, dans ce cas, on a mis trois verres de l'un, trois verres de l'autre. Une bandelette longuette, ainsi plâtrée, a été appliquée le long de la face dorsale de l'avant-bras, et ramenée jusqu'au niveau de la face antérieure et moyenne des doigts. Le bandage a été consolidé par trois colliers de bandelettes plâtrées; sur le tout ont été jetées quelques doloires, puis l'organe a été fixé sur une planchette digitée.

A propos du cas de cette jeune fille, dont nous venons de retracer l'histoire, M. Labbé rappelle deux faits très-intéressants, qui se rattachent à l'étude des névromes, affections singulières, qui ont spécialement fixé l'attention de cet éminent chirurgien.

Le premier fait concerne une dame de Nantes qui, en tirant un coup de fusil, l'arme ayant éclaté, fut grièvement blessée à la main. L'amputation de deux phalanges fut nécessaire. A la suite de cette opération, survinrent des douleurs récurrentes atroces, dont M. Labbé limita le siége dans un point très-circonscrit du tissu cicatriciel. Il pratiqua l'ablation des seules parties hypéresthésiées, et, sans mutilation nouvelle, il débarrassa la malade de ses souffrances intolérables.

L'autre fait est beaucoup plus intéressant. Il constitue, selon l'expression de M. Gosselin, un exemple de *diagnostic renversant*. Qu'on en juge plutôt :

Il y a deux ans, M. Labbé donnait des soins à une demoiselle âgée de trente ans, qui souffrait depuis quelques mois d'une affection de la nature la plus mal aisée à déterminer. Elle présentait, à la région sus-claviculaire, un gonflement très-douloureux, offrant quelqu'apparence avec un phlegmon non suppuré. Elle avait, en même temps, des vomissements, de l'inappétence, de l'insomnie. Sa santé avait subi un dérangement notable.

Toujours porté à circonscrire le plus possible le siége de la douleur, M. Labbé s'efforça, à diverses reprises, en explorant la région, de limiter des cercles de plus en plus petits. Il en vint à reconnaître, avec un stylet mousse, que le siége de la douleur répondait à deux points, de l'étendue d'une tête d'épingle. Éclairé par l'expérience qu'il avait acquise en pareille matière, l'habile chirurgien annonça qu'il s'agissait de deux petits névromes, développés dans le tissu cellulaire libre sous-cutané. C'était à eux, selon lui, qu'il convenait de rapporter le gonflement de la partie, expliquant un tel fait par un phénomène analogue à ce qui se produit dans la névralgie du trifacial qui, elle aussi, donne lieu à un gonflement fluxionnaire des parties circonvoisines.

M. Labbé pratiqua l'ablation des deux points douloureux. Au moment de la section, la malade poussa un cri aigu. Au milieu du tissu cellulaire enlevé, et ne dépassant pas le volume d'une lentille, on trouva deux filets nerveux malades et hypertrophiés. La guérison a été radicale.

Se basant sur les faits qui précèdent, et qu'il pourrait beaucoup multiplier, M. Labbé insiste sur la nécessité d'arriver à la précision mathématique du point de la douleur.

§ 5. — Carie du grand trochanter. — Résection.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 19 ans. Depuis deux ans, il est atteint d'une carie du grand trochanter gauche. Un abcès a du être ouvert; puis les choses ont été de mal en pis. Une abondante suppuration a plongé le malade dans un épuisement extrême. Une large plaie s'est faite dans la région trochantérienne. Dans ces fâcheuses conditions, une opération radicale est devenue nécessaire. Aussi M. Labbé s'est-il déterminé à opérer la résection du grand trochanter, qu'il a effectuée de la façon suivante.

Avec le thermo-cautère, il a pratiqué une incision cruciale, s'étendant au-delà des limites de la région trochantérienne. Saisissant chacun des angles des quatre lambeaux, à l'aide d'une pince à pansements, il les a disséqués avec le thermo-cautère, ainsi qu'il eût fait avec un bistouri. De cette façon, la portion d'os malade a été mise largement à nu. Il a enlevé toutes les parties d'os atteintes de carie. Pour extirper ce mal jusque dans ses racines, il s'est ensuite servi d'un grattoir, puis de fers rouges, avec lesquels il a détruit profondément tout ce qui lui a paru suspect.

En pareils cas, fait remarquer M. Labbé, il ne faut pas se laisser effrayer par l'étendue des délabrements. Ces sortes de plaies se nettoient très-vite.

Pour tout pansement, la vaste cavité, noircie par l'action du fer rouge, est simplement remplie de charpie sèche.

Huit jours après l'opération, nous avons revu la femme malade, qui allait à merveille. Sa profonde plaie tro-

chantérienne était déjà à moitié détergée.

M. Labbé signalait chez le jeune homme un fait qui tend à modifier les idées reçues. On sait que la douleur du genou constitue un des caractères de la coxalgie. Or, ce malade qui a l'articulation coxo-fémorale exempte de toute altération, se plaint beaucoup de cette douleur du genou. On peut en inférer qu'on ne saurait considérer ce symptôme comme pathognomonique de la coxalgie.

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MEDICO-CHIRURGICALE

—

Des injections d'alcool pur dans le traitement de l'hydrocèle et des kystes séreux ou albumineux (1).

Obs. V. — *Hydrocèle. — Deux récidives à la suite d'autant d'injections alcooliques. — Injection de teinture d'iode. — Engorgement considérable consécutif du testicule.*

M. D..., 35 ans. Constitution excellente. Hydrocèle volumineuse du côté gauche. 14 septembre 1872, opération dans mon cabinet. Injection d'une seringue 1/2 d'alcool pur. Douleur immédiate nulle. Deux ou trois heures après, souffrance vive qui persiste depuis six heures du soir jusqu'à six heures du matin. Le liquide de retour se résorbe, et le testicule reste un peu tuméfié.

Le liquide commence à se reproduire au bout de trois mois.

Le 9 mai 1874, seconde opération. Injection de deux seringues d'alcool pur.

Le 12 novembre 1875, troisième opération. L'insuccès des deux premières tentatives m'engage à recourir à un mode qui n'a jamais déçu mon espoir. J'évacue un demi litre de sérosité citrine ; je laisse dans la tunique vaginale environ un verre de liquide, puis j'injecte deux seringues de teinture d'iode pure. Douleur vive, mais bien supportée. Malaxation.

Réaction très-vive, calmée par les cataplasmes et les bains.

Le 6 septembre, le malade vient me voir. Il va très-bien ; seulement le testicule, bien qu'indolent, est assez volumineux. Depuis le 20 novembre, M. D... porte un suspensoir.

Le 13 janvier, le scrotum, à la racine de la verge, mesure 33 cent. de périmètre. Le testicule gauche est très-volumineux et d'un poids excessif. Il est d'une indolence complète. Iodure de potassium *intrus et extra*. A la fin de février, la résolution de l'organe était presque complète.

On voit, par les faits qui précèdent, que le traitement de l'hydrocèle, par les injections alcooliques, est très-infidèle. Il peut réussir d'emblée, comme il peut échouer à réitérer. A quoi tient le succès, à quels signes immédiats le pronostiquer? Ce sont deux questions auxquelles il est difficile de répondre. Mes échecs ont-ils tenu au faible titre du modificateur employé? C'est peu probable, par la raison que plusieurs fois le résultat obtenu a été excellent, en l'absence de douleur immédiate et de réaction consécutive bien prononcée. Plusieurs fois aussi mes tentatives ont été infructueuses, alors que les phénomènes inflammatoires développés par l'injection ont été fort accusés. Il y a donc, dans ce problème, plus d'une inconnue à dégager.

Nous allons voir maintenant que la certitude n'est pas plus absolue, pour ce qui se rapporte au traitement des kystes séreux par les injections alcooliques.

Je me contenterai de rappeler les trois opérations suivantes, effectuées sur deux malades.

Obs. VI. — *Kyste de la grande lèvre gauche. — Injection alcoolique. — Récidive. — Cautérisation nitrique. — Succès.*

Mme G..., 42 ans. Kyste ancien de la grosseur d'une noix, ayant pour siége la partie profonde de la *grande lèvre*

(1) Suite. Voir le numéro du 15 septembre.

gauche. Evacuation, à l'aide d'un trocart capillaire, de 3/4 de verre d'un liquide séreux. Injection d'une seringue d'alcool, dont la plus grande partie est rejetée. Le 4 mars, je constate que les feuillets du kyste semblent accolés.

Le 27 mars 1873, je reconnais que le liquide se reproduit. La malade, désireuse d'en finir, me prie de recourir au moyen le plus radical, pourvu qu'il soit le plus sûr. Le 17 avril, je fais sur la partie culminante de la tumeur une application de charpie imbibée d'acide nitrique monohydraté, laquelle application est maintenue pendant cinq minutes. Guérison.

Obs. VII. — *Kyste de la grande lèvre droite. — Injection iodée. — Guérison.*

Le 22 octobre de la même année, je constate, sur la *grande lèvre droite*, une tumeur dure comme un caillou et du volume d'une aveline.

Ponction exploratrice avec le trocart d'une seringue de Pravaz. Cavité. Cependant rien ne sort par la canule, d'un trop faible calibre; mais, celle-ci retirée, par l'étroite ouverture je fais écouler, par la pression, une certaine quantité de sérosité purulente. A huit jours de date, seconde ponction immédiate, suivie de l'injection de trois fois la seringue de Pravaz de teinture d'iode pure. La pulpe du doigt est maintenue appliquée pendant dix minutes sur la piqûre. La compression suspendue, il sort la moitié du liquide injecté. Douleur assez vive. Au bout de quatre jours, la collection reformée est évacuée en totalité. Guérison définitive.

On voit, par la première tentative effectuée chez Mme G..., que les effets des injections alcooliques sont non moins aléatoires pour la curation des kystes séreux que pour celle de l'hydrocèle. Il est cependant des cas où ce mode de traitement, moins douloureux que tout autre, ainsi que dans cette dernière affection, est susceptible de réussir à merveille. Malheureusement, il est aussi difficile, dans une condition que dans l'autre, de préjuger le résultat de l'emploi de ce modificateur anodin. Voici, entre autres faits, un cas dans lequel il m'a fourni un succès digne d'être rapporté.

Obs. VIII. — *Kyste albumineux, très-développé, de la région axillaire. — Injection alcoolique. — Guérison.*

Mme M..., âgée d'une soixantaine d'années, vint me consulter, le 20 juillet 1874, pour une tumeur sous-axillaire du volume du poing, dont le développement s'est fait, en quelque sorte, à son insu. Mesurée avec un compas d'épaisseur, cette tumeur présentait un diamètre de 0,08. Elle était dure, résistante, indolore et sans changement de couleur à la peau.

Pour me renseigner sur la nature de cette tumeur, je m'armai d'une aiguille, que j'enfonçai profondément. L'étendue des mouvements que je pus imprimer à cet agent d'exploration, me révéla la présence d'une cavité. L'aiguille retirée, il s'écoula, par la petite ouverture, quelques gouttes d'un liquide blanc et limpide.

Il ne s'agissait donc pas d'un lipôme, ainsi que je l'avais supposé tout d'abord, mais d'un kyste séreux.

Le 25 août, je plonge dans la tumeur le trocart capillaire, et j'évacue *deux grands verres* d'un liquide albumineux. Injection immédiate, à l'aide d'une seringue en verre, d'une douzaine de grammes d'alcool pur, que j'abandonne dans la cavité kystique. Réaction consécutive insignifiante. Guérison radicale.

On voit, par quelques-uns des cas qui précèdent, que les injections d'alcool pur constituent, parfois, un excellent moyen de curation de l'hydrocèle et des kystes séreux et albumineux. Le principal avantage de l'emploi de ce modificateur, c'est qu'il ne produit d'ordinaire qu'une douleur immédiate insignifiante, et qu'il ne donne lieu, le plus souvent, qu'à une inflammation thérapeutique modificatrice latente. Cette heureuse circonstance permet aux malades de ne pas interrompre un instant le cours de leurs occupations.

D'un autre côté, on a pu s'en convaincre également par quelques faits relatés plus haut, cette méthode est loin de présenter toutes les garanties désirables de succès. En la mettant en œuvre, on ne saurait donc être assuré de réussir dans tous les cas.

Instruit par l'expérience, en présence de telle ou telle de ces conditions, voici la ligne de conduite que je n'hésiterais pas à suivre désormais :

Si le sujet à opérer était ce que l'on appelle, en termes familiers, un *oiseau de passage*, si je n'avais pas tout lieu de compter sur sa fidélité à l'épreuve, si je tenais, en un mot, à ne pas m'exposer à une vaine tentative, certes, je n'aurais pas recours à l'injection alcoolique. Je n'hésiterais pas à recourir d'emblée à la teinture d'iode, laissée à demeure en quantité variable au sein de la cavité kystique. Malheureusement, ce mode de faire donne lieu à de vives douleurs, et contraint le malade à garder la chambre de dix à quinze jours, en moyenne. On a vu que chez M. D... (obs. IV), les phénomènes inflammatoires locaux ont de beaucoup dépassé le but. Dans un autre cas, remontant à une quinzaine d'années, mon malade a été pris, aussitôt après l'injection, de douleurs atroces dans les reins et la jambe gauche, douleurs qui ne se sont calmées qu'au bout d'une douzaine d'heures.

Par compensation, ce mode de traitement me semble infaillible. Pour ce qui me regarde, je ne lui dois que des succès. Aussi, je le répète, si je tenais à opérer à coup sûr, je n'hésiterais pas à lui donner la préférence sur tous les autres procédés plus ou moins bénins, mais aussi plus ou moins aléatoires, tour à tour préconisés jusqu'à ce jour.

Aurais-je affaire, au contraire, à un malade d'une fidélité éprouvée, disposé à se soumettre à des tentatives incertaines, sans doute, mais peu douloureuses, et de nature à ne pas le condamner à une inaction forcée, je serais tout disposé à tenter de le faire bénéficier de ces précieux avantages. Il serait toujours temps, après l'insuccès d'une ou de plusieurs tentatives de cette nature, de recourir, en dernier lieu, à un traitement moins anodin, mais aussi beaucoup plus assuré dans ses effets.

H.

Le Béribéri (1)

J'ai vu un béribérique dont le foie était hypérémié et attaqué de névralgie béribérique, succomber à un cancer du foie.

Il avait des vomissements (béribériques); de la dyspepsie opiniâtre; coloration terreuse de la figure (on la jugeait liée au cancer); des douleurs à la région sacro-lombaire (on les attribuait à une congestion hémorrhoïdale). L'hépatalgie en a imposé pour des douleurs cancéreuses.

La méprise, certes, était grossière; mais elle n'aurait pas eu lieu si le médecin eût connu le béribéri et en eût soupçonné l'existence.

Je pourrais citer des douzaines d'exemples pareils, quelques-uns même empruntés à ma propre pratique, avant que j'eusse connu cette maladie; mais je me bornerai à en rapporter quelques cas des plus récents.

L'un d'eux se rapporte à une malade à la dernière extrémité et qui ne pouvait pas donner des renseignements. Elle était en traitement depuis trois mois. Maigreur extrême; respiration lente, avec quelques râles muqueux; expectoration de catarrhe bronchique; chaleur à 35° 5; pouls petit, dépressible, à 100; décubitus dorsal; commencement de coma; physionomie hébétée. Quand on la réveillait et qu'on lui adressait une question, la réponse tardait; il semblait qu'elle ramassait ses idées pour pouvoir les exprimer. Cependant cette réponse était juste; puis elle retombait dans son coma.

Elle était toute à ses rêves, mais elle revenait à ce monde pour jeter quelques cris, quelques gémissements, que

(1) Suite. Voir le N° du 15 septembre.

lui arrachaient ses douleurs névralgiques.

Ayant exploré avec ma main tout le long de l'épine dorsale, la malade tressaillit de douleur.

Elle avait été, je l'ai déjà dit, traitée par différents médecins. Le dernier avait diagnostiqué une phthisie pulmonaire, en raison, je crois, de la maigreur extrême de la malade et de son râle muqueux. Il lui donnait de l'hypophosphite de chaux...

La soi-disant phthisie pulmonaire était tout simplement l'œdème pulmonaire bériberique.

J'ai vu un épanchement dans les cavités des plèvres diagnostiqué comme pleurésie latente.

Les commémoratifs, cependant, et même les symptômes actuels dénonçaient le bériberi. C'était, encore une fois, un épanchement bériberique.

Une malade qui souffrait des alternatives de constipation et de diarrhée est attaquée de douleur à la région sacro-lombaire. On croit à une congestion hémorrhoïdale, mais survient une douleur s'irradiant sur le trajet des nerfs sciatiques; les douleurs l'exaspèrent la nuit; la malade a des crampes aux jambes; quelquefois il lui semble que ses pieds sont sur une braise. Les douleurs bien souvent changent de siége.

Si le dévoiement survient, toutes les douleurs cessent, pour reparaître lorsque la constipation se rétablit. Du reste, anorexie invincible, quelques vertiges, des vomissements, dépérissement. La mort a terminé toutes ces souffrances au bout de trois mois.

L'anatomie pathologique du *bériberi* explique toutes ces manifestations morbides.

Le dévoiement fait disparaître l'œdème de la moelle épinière et les douleurs qui en sont la conséquence. La constipation rétablit, avec l'œdème, la compression des cordons nerveux et les douleurs.

Il faut, non-seulement prêter assez d'attention aux symtômes de la myélite, surtout à son invasion; mais il faut encore savoir questionner le malade aussitôt qu'il dénonce un symptôme de cette maladie. Si l'on se tient simplement à ce qu'il accuse, on ne découvrira jamais le *bériberi* et on n'aura que des maladies variées à sa place.

Les malades n'accusent que les souffrances majeures. Ils se taisent sur les mineures ou sur des anomalies fonctionnelles, parce qu'ils ne connaissent, ni le lien qui les relie à la maladie dont ils se plaignent, ni l'importance de ces manifestations, par eux jugées si secondaires. Il faut leur arracher un à un tous les symptômes par un interrogatoire minutieux et attentif.

Ainsi, un malade vient se plaindre de quelques vertiges, de faiblesse, d'anorexie. Si vous lui demandez s'il a des douleurs à la région occipitale, si cette douleur descend aux vertèbres cervicales, aux épaules, il vous répondra affirmativement : s'il a, ou s'il a eu de la douleur à la région sacro-lombaire, de la faiblesse dans les genoux, de la douleur aux jambes, aux jointures, de l'œdème, si ses membres pressés avec la main lui font mal, il vous dira qu'il a ces douleurs parce qu'il a déjà eu un rhumatisme; quant aux douleurs sacro-lombaires, pour lui, elles ne seront que l'effet des hémorrhoïdes, dont il a été affecté autrefois.

Pour ce qui est de la faiblesse, elle ne sera que l'effet du manque de nourriture.

Ne vous fiez pas à de telles appréciations; continuez votre interrogatoire jusqu'à découvrir ce que vous cherchez, la vérité.

D'ailleurs, tous ces symptômes réunis d'une myélite, comme ceux-ci, ne peuvent pas être des maladies différentes et sans liaison aucune dans le même organisme. Lorsque vous les trouvez chez plusieurs individus, il devient manifeste qu'ils constituent réellement une maladie à part.

SYMPTOMATOLOGIE.

On me demandera quels sont les

symptômes du béribéri et leur succession ?

Sans m'occuper des cas observés par d'autres, je dirai ceux que j'ai observés moi-même et que j'observe encore tous les jours, cette maladie étant endémique dans cette province.

L'ordre de succession des symptômes morbides est loin d'être celui qui est accusé par les malades.

Le malade s'adresse toujours plus ou moins tard au médecin. Jamais il ne lui demande ses conseils dès l'invasion de la maladie, par ce motif bien simple que, à son début, il ne se croit que légèrement indisposé. Voyant ses souffrances se prolonger contre toute attente, puis augmenter avec le temps et ne céder à aucune médication, il se décourage et il se croit attaqué d'une maladie grave. C'est alors seulement qu'il cherche le médecin ; mais il ne se plaint que de ce qu'il souffre le plus, ayant oublié, bien souvent, le commencement et l'ordre de l'invasion de la maladie.

Ce sera ce dernier ordre que je suivrai, comme étant le seul rationnel et méthodique.

Douleur plus ou moins forte à la région sacro-lombaire, s'irradiant aux cuisses, aux jambes, aux articulations, embarrassant la marche; en même temps, affaissement, anéantissement des forces musculaires, au point de ne pouvoir soulever un poids quelconque avec les bras, et de plier les genoux sous le poids du corps.

Cette faiblesse générale l'est à différents degrés selon les malades; mais elle les décourage toujours, parce qu'ils sentent avec elle s'anéantir la vie.

Le malade a des vertiges : s'il baisse la tête et la relève subitement, sa vue s'obscurcit.

Il a ou il a eu des nausées ou des vomissements alimentaires ; de l'anorexie invincible et même de la répugnance pour tout aliment ; des frissons, suivis de bouffées de chaleur et quelques fois d'un peu de sueur, persistant pendant un certain temps.

Au lieu de frissons, j'éprouvais moi-même un chatouillement dans tous les nerfs des membres supérieurs. La paume de mes mains était chaude et comme parcheminée.

Cet accès était, pour moi, l'équivalent d'un accès de fièvre, non suivi de réaction, en raison de la faiblesse de mon organisme.

Il m'a été impossible de découvrir aucun prodrôme, aucun accès fébrile, à l'invasion de la maladie, sauf dans un seul cas, qui fit irruption comme un rhumatisme aigu, avec fièvre ardente pendant trois jours, sueurs copieuses, douleurs dans toutes les articulations, dans l'épine dorsale et à la tête.

C'était un jeune homme de vingt ans.

Pour ma part, je n'ai eu, pour tout prodrôme, qu'une douleur à la région sacro-lombaire.

Les muscles sont douloureux à la pression.

Les douleurs augmentent la nuit, pour peu que le malade se remue dans le lit. Pour se tourner d'un côté sur l'autre, il faut quelquefois qu'il se lève sur son séant, surtout s'il a des douleurs à la région sacro-lombaire.

A son réveil, il a de la paresse pour marcher, parce que les premiers mouvements sont douloureux. Pendant le cours de la journée, il évite le mouvement, parce que son corps est lourd ; ses jambes sont faibles et traînantes.

Si l'on explore la moelle épinière, en appuyant avec le pouce sur l'apophyse épineuse de chaque vertèbre, on réveille dans quelques points de la douleur : la région sacrée, puis la cervicale sont plus affectées que les autres régions.

Des douleurs névralgiques, à la poitrine, aux côtes et dans d'autres parties, ne manquent presque jamais.

Les urines ont considérablement diminuées. Elles sont chargées en couleur; les sels uriques y sont en proportion à peu près normale ; elles ne contiennent pas d'albumine. Par contre, on y découvre des cellules épithéliales et des globules sanguins.

Si, à l'examen du malade, on ne trouve pas tous les symptômes ci-dessus, il en est assez cependant pour constituer une maladie à part, qu'on ne pourrait confondre avec aucune autre.

On ne pourrait, en effet, raisonnablement la dédoubler en autant de maladies que l'on relève de symptômes. Si, à un moment donné, on trouvait une telle entité morbide sur plusieurs individus, il n'y aurait plus de doute ; elle constituerait réellement une maladie épidémique.

Mais il faut avant tout la connaître pour établir son existence, car je l'ai déjà dit, on ne la connaîtra jamais si l'on s'en tient tout simplement à l'exposition faite par les malades, sans les questionner.

(*A suivre.*) Dr J. Betoldi, de Saint-Paul (Brésil).

La sonde rafraîchissante (psychrophore), un moyen pour la guérison des pollutions, de la spermatorrhée, de la gonorrhée chronique et autres états analogues. *Wintemitz (Vienne). Berl. Klin. Woch.*

Chez un grand nombre de malades affectés de *pollutions* et de *spermatorrhée*, l'atonie des tissus est le caractère prédominant. Scrotum lâche, testicules mous, membre flasque, érections incomplètes, pertes séminales se produisant sous l'influence d'une contraction modérée de la paroi abdominale ou des muscles de la vessie. Tels sont les symptômes des formes les plus prononcées de cette espèce. A cette catégorie appartiennent les individus atteints de pollutions nocturnes avec érections incomplètes ; ceux chez qui la moindre excitation sexuelle est suivie de perte séminale, et qui, par conséquent, sont incapables d'effectuer le coït, car en général l'éjaculation et le relâchement du pénis se produisent avant qu'ils n'aient eu le temps d'introduire le membre viril dans le vagin. La cause anatomique et pathologique de ces lésions se trouve dans la diminution de la tension tonique des fibres musculaires qui circonscrivent l'ouverture des conduits séminifères dans l'urèthre. La faiblesse de ces sphincters a sa source dans leur excitation trop fréquente, dans l'innervation, ou encore dans les processus d'irritation ou d'inflammation chronique de la muqueuse qui les recouvre.

Les *conditions étiologiques* sont, par conséquent, l'*onanisme*, les *abus du coït*, les *inflammations chroniques de l'urèthre* et certains *états de faiblesse générale*, tels qu'on les observe dans la convalescence des maladies fébriles graves, après les grandes pertes de sang, etc... La combinaison des causes générales avec les causes locales donne le plus souvent naissance à un degré plus élevé de la maladie. Il est rare que les symptômes des pollutions ou de la spermatorrhée se rencontrent isolés. Ordinairement, ils sont accompagnés de phénomènes nerveux, qui peuvent si bien prédominer, que l'affection primaire s'en trouve complétement masquée. Telles sont diverses formes de *névroses*, de dépression psychique, des symptômes d'irritation spinale, des névralgies, que l'affection locale engendre par action réflexe ou par continuité. Bien souvent l'attention n'est portée sur l'affection primaire que par des troubles graves de sensibilité, qui se produisent localement, comme l'hypéresthérie et les névralgies de l'urèthre, se manifestant pendant le passage de l'urine ou pendant le cathétérisme, souvent pendant le coït ou pendant l'éjaculation.

Les résultats que *Ultzmann* a obtenus par le traitement local, *en introduisant dans l'urèthre des sondes métalliques aussi grosses que possible*, engagèrent l'auteur à faire un fréquent usage de cette méthode.

Selon *Ultzmann*, les bons effets de cette pratique sont dus à la compression mécanique de la muqueuse, généralement affectée d'hypérémie passive,

et à la diminution de la sensibilité des filets nerveux de la muqueuse uréthrate par l'irritation mécanique (pression). Les hypérémies passives, simplement circonscrites souvent, peut-être même les stases veineuses, qui peuvent être produites par des troubles d'innervation angio-paralytiques, cèdent fréquemment à l'irritation mécanique et thermique de la grosse et froide sonde métallique.

L'occasion d'expérimenter une telle méthode ne lui ayant pas manqué, l'auteur a bientôt pu se convaincre, combien cette influence mécanique de la sonde seule est parfois insuffisante, particulièrement dans les cas avec hypéresthésie de l'urèthre. En pareil cas, il lui fut souvent impossible de décider les malades à une seconde introduction de l'algalie. Il eut alors l'idée « de combiner l'utilité incontes- » table de l'irritation mécanique de sa » sonde en métal, avec l'action anes- » thésique de la basse température qui, » en même temps, influe l'innervation » et le tonus des muscles. » A cet effet, il fit construire des *sondes métalliques creuses*, courbées en forme de cathéter, et qui, dans leur intérieur, présentent la disposition des cathéters à double courant. Le canal supérieur, afférent, est pourvu d'une ouverture vers l'extrémité de l'instrument. L'eau qui y pénètre passe dans le canal efférent, et de là elle s'écoule à l'extérieur. Cet instrument est donc un cathéter à double courant sans fenêtre.

« Si, dit l'auteur, à l'aide d'un tube » en caoutchouc, je mets le canal affé- » rent de ma sonde en communication » avec un réservoir d'eau situé à une » certaine hauteur, et son canal efférent » avec un second tube ayant issue dans » un vase placé plus bas, et que j'ouvre » le robinet adapté au tube afférent, il » circulera à travers ma sonde un cou- » rant d'eau dont la température fera un » échange continu avec celle de la ves- » sie, la rafraîchira sans cesse, et, selon » la température de l'eau employée, » la tiendra plus ou moins froide.

» Si la sonde est placée dans l'urèthre » de manière à ce que son extrémité » antérieure dépasse la partie membra- » née et prostatique et qu'elle atteigne » presque le col de la vessie, alors les » parties sur lesquelles on voudra agir, » la crête gallinacée et la muqueuse « méthrale tout entière, si riche en » nerfs et en vaisseaux, seront expo- » sées à l'influence mécanique de la » pression et à l'influence thermique de » la basse température. »

Dès les premiers essais de cette méthode, les résultats furent si satisfaisants que, depuis plus d'une année déjà, l'auteur y a recours dans toutes les formes des maladies citées.

Il désigne son appareil sous le nom de *sonde rafraîchissante* (*Kühlsonde*), de *porte-froid* (*Kaltetrager*), de *psychrophore*.

Jusqu'ici il a eu l'occasion de l'employer dans 22 cas de *pollutions*, 9 cas de *spermatorrhée*, 5 cas d'*éjaculation prématurée pendant le coït*, et 2 cas de *gonorrhée chronique*.

Contre les pollutions, la sonde fut introduite :

Dans 2 cas, 1 fois.
Dans 2 cas, 4 fois.
Dans 4 cas, 5 fois.
Dans 9 cas, 24 fois.
Dans 2 cas, 25 fois.
Dans 2 cas, 35 fois.
Dans 1 cas, 65 fois.

Les 2 cas où le psychrophore n'a été employé qu'une fois, ont été perdus de vue. — Celui où son application a été répétée 65 fois, est resté incurable.

Dans tous les autres cas, il existait de longue date des pertes séminales nocturnes très-fréquentes, compliquées d'hypochondrie, de dépression psychique, de céphalalgie, de faiblesse de mémoire, de faiblesse générale, d'amaigrissement, d'anémie, de faiblesse sexuelle et très-souvent (2 cas) d'hypéresthésie de l'urèthre. Parmi les 19 cas dont le cours n'offrit rien de particulier, sauf 2 cas que l'auteur décrits en détail, il y en eut 12, qui sont encore en observation, où l'amélioration fut si no-

table, que les pollutions ne se montrent plus qu'à des intervalles très-éloignés, et où les symptômes secondaires, hypochondrie, etc., ont complétement disparu.

A dater de la première application de la sonde rafraîchissante, on observe une période assez longue, exempte de toute pollution. Aussi l'auteur a-t-il l'habitude, après la première séance, de laisser passer plusieurs jours avant d'entreprendre une seconde introduction de la sonde. Ordinairement, il engage ses malades à ne revenir le voir qu'après une nouvelle pollution, de sorte qu'il se passe souvent huit jours, et même davantage, avant qu'il n'ait l'occasion d'introduire la sonde pour la seconde fois.

Des sept autres malades, il y en a trois dont l'état a été considérablement amélioré, et dont l'auteur n'a plus eu de nouvelles; deux, chez qui, malgré le nombre le plus élevé des séances (35), le résultat a été incomplet. Les pollutions devinrent plus rares, mais les symptômes secondaires (hypochondrie, faiblesse de mémoire, grande faiblesse dans les jambes, impuissance), sont restés dans le *statu quo*, — ce qui fait craindre qu'ici les pollutions ne soient que le symptôme d'une affection centrale, contre laquelle a dû être institué un traitement rationnel.

(*A suivre.*) Dr Smith (de Moscou).

GYNÉCOLOGIE

Des déviations utérines et des moyens d'y remédier sans recourir aux instruments destinés à être portés dans les cavités naturelles.

Après le remarquable travail de M. Berrut (1), je crois inutile de reprendre, par le détail, la discussion de tout ce qui a été fait, tant en France qu'à l'étranger, à propos des déviations utérines. Je tiens simplement à justifier quelques réserves qui me semblent légitimes. C'est en me plaçant à un point de vue un peu différent de celui où l'on s'est tenu jusqu'à ce jour, que je me propose d'exposer quelques considérations qui me paraissent jeter un certain jour sur divers points restés obscurs, et de faire connaître les raisons qui m'ont amené à tenter de corriger les déplacements de la matrice par un procédé aussi simple, aussi facile qu'il est inoffensif. Depuis quinze ans au moins que je le mets en pratique, il m'a donné d'excellents résultats.

J'estime que les discussions passablement animées qui se sont produites à propos des déviations utérines auraient été évitées si, dès le principe, on s'était plus exactement rendu compte des dispositions par lesquelles la matrice se trouve maintenue dans une position déterminée et à peu près constante.

C'est parce que le rôle dévolu, sous ce rapport, à chacun des organes qui s'accumulent dans le petit bassin n'a pas été parfaitement compris, que l'obscurité et le doute planent encore sur l'histoire de ces affections et sur leur traitement.

Leur symptomatologie est, en effet, féconde en contradictions et en surprises. Des faits avérés prouvent qu'on peut rencontrer des déviations très-accentuées en l'absence de toute douleur, de toute gêne, de tout trouble fonctionnel, en un mot sans que la malade en ait conscience. Dans d'autres cas, au contraire, elles donnent naissance à des souffrances locales ou irradiées tantôt légères, tantôt extrêmement vives et même à des phénomènes sympathiques d'une certaine gravité. Si bien que, tandis que certains auteurs se croient en droit de professer que lorsque le déplacement est exempt de complication, il n'y a pas lieu de s'en occuper, d'autres ne craignent pas de risquer des moyens de traitement plus redoutables certainement que la maladie elle-même.

L'étiologie est-elle plus positivement

(1) Voir les nos du 1er mai, du 15 juin, du 1er et du 15 juillet de la Revue.

constituée que la symptomatologie? On s'est borné jusqu'à présent à une énumération banale des circonstances pathologiques ou autres dans lesquelles les déplacements se sont produits, sans peser la valeur de chacune d'elles. On n'a guère fait de distinction entre les causes efficientes et les causes prédisposantes. Et cependant parmi ces dernières il en est une à peine entrevue, et dont l'importance est prédominante. J'espère le démontrer.

Le traitement lui-même repose-t il sur quelque base solide? On peut affirmer le contraire. Parmi ceux, en effet, qui ont porté des instruments soit dans le vagin, soit dans la cavité même de l'utérus pour en opérer le redressement, je n'en vois pas un seul qui ait paru s'inquiéter du mécanisme en vertu duquel il advient que l'organe tantôt se trouve maintenu dans la situation qui lui a été rendue et tantôt retombe dans sa position vicieuse après le retrait des instruments, si bien qu'il semblerait que, pour eux, le résultat définitif ne dépend que du hasard.

Commençons donc par examiner quels sont les rapports et les connexions de la matrice avec les organes qui l'environnent, en insistant plus spécialement sur certains détails trop sommairement indiqués par les anatomistes.

Située et en quelque sorte suspendue au centre de l'excavation pelvienne, elle ne se relie aux parties voisines que par le bas et par les cotés, ce qui lui laisse une grande mobilité. On a été jusqu'à contester qu'elle eût une position et une direction qui pussent être considérées comme normales. C'est là une exagération. Les recherches les plus récentes ont montré que, chez la femme adulte, elle est habituellement dirigée suivant l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire de haut en bas et un peu d'avant en arrière. Il résulte de cette disposition que, parmi les déplacements, c'est l'antiversion que l'on rencontre le plus souvent, puisque celle-ci n'est que l'exagération de la position naturelle, exagération que toute pression de haut en bas a de la tendance à produire.

Par la partie inférieure, la matrice s'insère dans l'épaisseur des parois du vagin. Elle est unie en avant à la vessie, en arrière au rectum par des faisceaux d'un tissu cellulaire médiocrement serré. Dans ce dernier tissu, on a découvert des fibres d'apparence musculaire allant s'attacher aux vertèbres sacrées et aux articulations sacro-coxales.

Toutes ces attaches inférieures ont assez de laxité pour qu'il soit possible de faire légèrement mouvoir de bas en haut l'organe utérin tout entier.

Latéralement, l'utérus est relié aux parois du bassin par ce que l'on nomme les ligaments larges, ligaments qui, comme ceux de la partie inférieure, présentent peu de rigidité et sont loin d'avoir une tension suffisante pour s'opposer aux mouvements de l'organe soit en avant soit en arrière.

Il importe de remarquer que les deux ligaments larges sont formés par un même repli du péritoine, qui comprend dans son épaisseur la matrice elle-même, le ligament de l'ovaire, la trompe et une partie du ligament rond, lequel se porte ensuite vers l'orifice du canal inguinal.

Cet ensemble de parties constitue une cloison transversale unique, divisant la cavité du bassin en deux compartiments, l'un antérieur qui loge la vessie, l'autre postérieur où se trouve le rectum. Il résulte de cette disposition que la matrice ne peut basculer en avant ou en arrière sans que le reste de la cloison participe au mouvement, et sans que la capacité de l'un des deux compartiments se trouve diminuée, tandis que l'autre est agrandi.

En supposant préalablement enlevés les organes abdominaux, on voit les choses disposées de la manière suivante, quand on les examine à travers le détroit supérieur.

Vers le centre, le fond de la matrice entièrement libre. En avant, un léger intervalle qui le sépare de la vessie, en

arrière un autre cul-de-sal plus profond qui le sépare du rectum.

Dans chacune des deux cavités formées par la cloison transversale du ligament large, l'affrontement des parties molles semble ne laisser aucun vide, mais en raison même de la souplesse de ces parties, on comprend que le moindre effort suffit pour les écarter, qu'une faible pression, par exemple, peut y faire pénétrer une anse d'intestin.

En l'absence de tout ligament antero-postérieur, demandons-nous maintenant comment il se fait que le corps de la matrice qui semblerait devoir flotter dans un sens ou dans l'autre, en déprimant soit la vessie, soit le rectum suivant la direction imprimée au bassin, se maintient cependant dans une position sinon absolument fixe, ne variant au moins que dans de faibles limites?

Pour le comprendre, il faut faire intervenir les organes abdominaux que tout à l'heure nous écartions par la pensée. Les circonvolutions intestinales obéissant à leur propre poids ou poussées par les contractions des muscles abdominaux viennent former autour du fond de l'utérus une sorte de niche, un véritable moule dans lequel celui-ci se trouve enclavé. Quelques anses se placent dans le cul-de-sac postérieur, d'autres en avant du côté de la vessie. Il en est qui se glissent dans les endroits perméables des deux compartiments du bassin. Il n'y a plus de vide d'aucun côté.

Le paquet intestinal qui assujetit la matrice, en la coiffant comme nous venons de le dire, est lui-même contenu par la rigidité des parois de l'abdomen en arrière, par la tonicité des muscles qui le compriment en avant. L'utérus ainsi enveloppé et pressé de toutes parts, peut subir quelques oscillations en suivant le mouvement très borné des parties au milieu desquelles il est plongé, mais sa position relative reste constante. Il faut une circonstance anormale, une cause efficiente particulière pour qu'une déviation puisse se produire.

Et remarquons-le bien, cette déviation une fois effectuée, la pression intestinale qui assurait la situation physiologique de l'utérus, agira avec la même efficacité pour le retenir dans sa position anormale. C'est là précisément que git l'obstacle contre lequel se sont heurtés tous ceux qui ont tenté d'arriver, par un moyen quelconque, au redressement de l'utérus.

Par cette simple constatation, de la part que prennent à fixer l'utérus les viscères au milieu desquels il est placé, tout s'élucide ou se complète dans l'étude des maladies qui nous occupent.

Dans le mécanisme à l'examen duquel nous venons de nous livrer, la résistance et l'élasticité de la paroi abdominale antérieure jouant un rôle important, il devient évident que le relâchement de cette paroi est la cause prédisposante la plus positive des déplacements utérins et qu'il y a lieu de tenir grand compte de son insuffisance dans l'ensemble du traitement.

On s'expliquera aisément aussi que l'accouchement soit la cause la plus fréquente peut-être de la déviation utérine.

La distension des parois abdominales cessant brusquement après l'expulsion du fœtus, et la masse intestinale qui était refoulée en haut devant reprendre sa place autour de l'organe de la gestation à mesure que celui-ci perd de son volume, il y a des chances pour que les choses ne se disposent pas exactement comme elles l'étaient avant la grosessse. Il suffira que la femme se soit, par exemple, livrée à des efforts musculaires intempestifs, qu'elle se soit levée prématurément, qu'un bandage abdominal ait été mal appliqué. Remarquez d'ailleurs que la paroi abdominale, alors même qu'elle n'a pas été trop endommagée, ne reprend que lentement et au bout de quelques mois seulement sa tonicité et sa puissance, et que durant tout ce temps, les causes efficientes

sont susceptibles d'agir avec plus d'efficacité.

Dans le même ordre d'idées, se trouve également la clef des différences symptomatologiques qui ont fait l'étonnement des observateurs.

En effet, si la disposition des organes qui se pressent dans le bassin a quelque chose de constant dans son ensemble, mille circonstances peuvent la faire varier dans le détail. Il peut advenir par un hasard heureux qu'un changement de direction de la matrice compromette à peine l'harmonie des parties, et qu'il n'en résulte pour la femme ni gêne ni douleur. Mais c'est le contraire qui a lieu le plus ordinairement. On comprend qu'entre des organes mobiles, compressibles, glissants comme les anses intestinales, un désordre plus ou moins grand puisse se produire au moment où agit la cause efficiente du déplacement. Cela peut aller depuis un léger écart, jusqu'à l'enchevêtrement le plus compliqué, jusqu'à la distorsion, soit de l'utérus lui-même, soit de l'intestin.

De là, des tiraillements plus ou moins douloureux des ligaments utérins ou du mesentère. De là, possibilité d'un trouble fonctionnel pour telle ou telle portion de l'intestin se trouvant, qu'on me permette l'expression, compromise dans la mêlée. Possibilité de congestions amenées par la gêne de la circulation, de phlegmasies partielles de la séreuse, d'adhérences, c'est à-dire une série de phénomènes expliquant tous les degrés de la souffrance.

Que l'on tienne compte, en même temps, de la pression qui est transmise aux organes pelviens par l'intermédiaire de la masse intestinale toute entière, pression dont l'intensité variable peut exaspérer plus ou moins les douleurs, que l'on n'oublie pas les constitutions individuelles, les idiosyncrasies, le nervosisme de certaines femmes, et l'on sera loin d'être surpris qu'il n'y ait pas deux cas qui se ressemblent.

Je ne pousserai pas plus loin ces considérations, le but principal de ce travail devant être l'indication du procédé auquel on peut avoir recours pour remédier à la déviation utérine quand elle existe.

Après tout ce qui vient d'être dit, on devine en quoi il consiste. Il s'agit de :

1° Ramener l'utérus à sa situation primitive ;

2° S'opposer à ce qu'il puisse s'en écarter de nouveau.

Nous connaissons maintenant les conditions à réaliser pour obtenir ce dernier résultat.

(*à suivre*) D. Fontès.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Quelques remarques sur le cancer du sein, par M. Podrazki, de Vienne (*Wiener allg. med. Zeitung*). — Soit comme assistant du professeur de Picha, soit dans sa pratique même, l'auteur a eu l'occasion de voir plus de 200 cas de cette maladie. Il lui est donc permis d'aborder quelques points de la thérapeutique du cancer du sein.

Pour M. Podrazki tout néoplasme de cet organe réclame une opération. Pour ce qui est du cancer même, on doit se servir du bistouri et enlever toujours le sein tout entier. La ligature élastique et les procédés galvano-caustiques méritent infiniment moins de confiance que l'ablation sanglante.

Les cautérisations, et à ce titre de préférence le chlorure de zinc et le chlorure d'antimoine, peuvent être conseillés tout au plus pour combattre les récidives après une opération.

Opposé à la réunion des bords de la plaie après l'extirpation, M. Podrazki, recouvre cette dernière avec de la charpie trempée dans une faible solution d'acide phénique.

Il n'a jamais vu réussir des injections parenchymateuses.

Le condurango, essayé dans seize cas, dont quinze étaient des récidives après l'opération, s'est montré inefficace. Le traitement par des applications continues de glace n'a pas produit de meilleur effet que la compression.

Dans un cas de récidive d'un cancer médullaire, M. Podrazki a observé l'élimination spontanée de la nouvelle formation et la guérison vraisemblablement complète. Cette femme, en effet, plus tard perdue de vue, n'avait pas eu de récidive un an après l'opération.

L'auteur mentionne spécialement deux cas de guérison complète à la suite de l'extirpation. Dans l'un de ces cas, il avait fallu enlever des glandes axillaires. Dans deux autres cas, chez lesquels des tubercules se montrèrent comme récidive, M. Podrazki réussit à s'en rendre maître par la cautérisation de chaque tubercule, accompagnée, dans l'un de ces cas, de l'usage du condurango. Neuf mois plus tard, il n'y avait pas eu de récidive. . . . .

En terminant, M. Podrazki s'élève fortement contre cette opinion, que le cancer mammaire serait un *noli me tangere*. Qu'on opère aussitôt que possible et sur une étendue aussi considérabls que possible, avec le bistouri. Pour les petites récidives à la peau, on peut se servir de caustiques.

Dr Cornaz (de Neufchâtel).

Arthrite blennorrhagique de l'articulation temporo-maxillaire, par le docteur Durodié. — La *Gazette Médicale de Bordeaux* publie un cas d'arthrite blennorrhagique siégeant dans l'articulation temporo-maxillaire.

Le fait est assez rare : en effet, nous ne trouvons dans la statistique de 119, dressée par M. A. Fournier, pour le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, que 6 cas de lésion de l'articulation de la mâchoire; encore cette lésion a-t-elle été rarement observée, indépendamment d'autres déterminations articulaires.

Il s'agit ici d'un malade âgé de 42 ans, atteint pour la première fois d'une blennorrhagie, mais ayant eu, à l'âge de 20 ans, un rhumatisme qui a traîné successivement et lentement dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs. C'est vers le quinzième jour de la blennorrhagie, au moment où l'écoulement commençait à diminuer, que s'est déclarée une douleur très-vive dans l'articulation temporo-maxillaire du côté gauche, en même temps qu'une tuméfaction survenait rapidement. Bientôt on put reconnaître tous les caractères d'une arthrite aiguë. L'inflammation céda en peu de temps sous l'influence d'une application de sangsues, de l'immobilité la plus absolue et de fomentations narcotiques. Quatre jours plus tard le malade était dans la possibilité d'ouvrir largement la bouche. Au bout de huit jours l'arthrite était complétement guérie; l'écoulement recommença, mais avec une intensité moindre.

Sur l'expulsion de trois ascarides lombricoïdes par le méat urinaire, par le professeur Dujardin. — Homme de quarante-deux ans, ayant eu comme antécédents pathologiques une affection intestinale attribuée à la présence de vers, affection longue et rebelle qui met sa vie en danger ; plus tard, affection gastro-entérique caractérisée par des gastrorrhagies et des épistaxis, et suivie d'un catarrhe du rectum avec hémorrhoïdes ; enfin, en dernier lieu, entéro-péritonite qui le retient au lit pendant un mois à l'hôpital de Pannnatone.

La maladie actuelle commença par de fortes douleurs dans la région anopérinéale, douleurs avec tiraillement et pesanteur, et qui s'aggravaient lors-

que les hémorrhoïdes devenaient saillantes. Sensation de titillation au col de la vessie, sensation qui devenait brûlante en parcourant l'urèthre et en arrivant au méat urinaire. Débilité, accablement général, céphalalgie par moment, troubles des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire; température 38°, respiration 38, pouls 100. Ténesme rectal et vésical. Un jour que le sujet était plus incommodé que d'habitude, il rendit par l'orifice uréthral un ascaride lombricoïde d'une longueur de 8 centimètres, d'un diamètre de 4 millimètres et du poids de 1 gr. 50. Ce parasite sortit par un mouvement de rotation sur son axe et il mit une demi-journée à se dégager. Huit jours plus tard, sortie d'un nouveau ver, plus long et plus gros que le premier puisqu'il mesurait 12 centimètres de longueur, 6 millimètres de diamètre et 3 grammes de poids. Enfin, deux jours après cette seconde expulsion, on vit sortir encore un troisième lombric que le malade fut obligé d'extraire avec les doigts, bien qu'il fût plus petit que les précédents (long de 6 centimètres, diamètre 3 millimètres, poids 60 centigrammes).

Pour tout traitement, on se borne à des médicaments toniques et reconstituants, à des alcalins pour combattre le catarrhe intestinal, et à des injections uréthrales avec la décoction de fougère mâle. D'autres croient que ces vers avaient pénétré dans la vessie après être sortis de l'intestin grêle, qui serait descendu dans le petit bassin et se serait interposé entre le rectum et le bas-fond de la vessie. (*Nuova Liguria medica.*)

Du traitement de la diarrhée par les injections hypodermiques de morphine. — Le docteur Legagneur a étudié, dans le service du professeur Vulpian, les effets des injections sous-cutanées de morphine sur la diarrhée, et voici à quelles conclusions il arrive :

1° Les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine constituent un bon mode de traitement dans la diarrhée et ont donné des succès dans des cas où toutes les autres méthodes avaient échoué;

2° Ce procédé ne réussit pas dans tous les cas ; il ne paraît pas très-efficace dans le traitement de la diarrhée des phthisiques, dans les diarrhées de cause mécanique. — Peut-être donnerait-il des résultats dans le choléra.

3° Pour obtenir de bons effets de cette médication, il ne faut pas craindre d'augmenter les doses; la plupart des malades supportent facilement 4 centigrammes par jour; mais il sera bon, croyons-nous, de débuter par 5 milligrammes le matin et 5 le soir, certains sujets étant fort sensibles à l'action du médicament.

(*Gaz. Méd. de Bordeaux.*)

De l'emploi des injections hypodermiques d'ergotine contre les hémorrhagies utérines. — M. le Dr Moutard-Martin, en faisant connaître les résultats obtenus dans sa pratique de l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotine contre les métrorrhagies, donne la formule du liquide qu'il emploie.

Ergotine (Bonjean). .	2	grammes
Glycérine.	15	—
Eau.	15	—

En injectant 1 gr. 30 de cette solution dans les métrorrhagies, on obtient presque à coup sûr, en moins d'une heure, l'arrêt de l'écoulement sanguin. L'effet topique de l'injection est sans importance : c'est à peine s'il se caractérise par de petites nodosités, qui disparaissent d'ailleurs assez vite. Toutefois, l'injection ne laisse pas que d'être un peu douloureuse.

M. Bucquoy n'a eu aussi qu'à se louer des injections d'ergotine dans le cas de métrorrhagies. En administrant un gramme de la dissolution suivante :

Glycérine.	30	grammes
Ergotine (Bonjean). .	2	—

il a vu l'hémorrhagie s'arrêter presque instantanément, même dans le cancer.

Jamais, du reste, il n'a déterminé d'abcès ou d'irritation vive au lieu de la piqûre.

Le moyen lui semble tellement inoffensif qu'il se propose de traiter par les injections quotidiennes d'ergotine une malade atteinte d'un corps fibreux utérin énorme, dans l'espoir de provoquer la résorption de la tumeur. (*Journal de thér.*)

Solidification rapide des appareils silicatés. — Pour obvier à l'inconvénient de la lenteur de la solidification de ces appareils, et au danger de la déformation qu'elle occasionne, M. Wartmann propose l'*alcool simple du commerce*. « En effet, si l'on arrose de cette substance un appareil silicaté fraîchement posé, il acquiert immédiatement une rigidité qui permet de l'abandonner à lui-même. L'immobilisation de l'appareil n'est plus nécessaire et on peut attendre sa solidification complète sans avoir à redouter les déformations et les autres inconvénients de la période de dessiccation. » Ce procédé a été essayé plusieurs fois à l'hôpital cantonal de Genève, une fois entre autres, par le Dr Reverdin, chirurgien de cet établissement. (*Journal d'oculistique*, 25 juillet 1877.)

L'asphyxie et la fumée de tabac. — Les journaux de l'Algérie ont récemment publié une communication relative à l'emploi de la fumée de tabac introduite par le rectum dans les cas d'asphyxie. En les lisant, je me suis rappelé m'être servi avec succès d'un traitement analogue, il y a vingt-huit ans : seulement j'introduisis la fumée par en haut et non par en bas.

Etant appelé pour une jeune fille qui était tombée asphyxiée dans un bal, dont l'atmosphère était surchargée d'acide carbonique, je mis vainement en usage, pendant plusieurs heures, tous les moyens employés pour rappeler la respiration, qui était complétement arrêtée. L'idée me vint alors d'allumer une pipe brunie par un long usage et de faire fumer cette jeune fille *à l'américaine*, c'est-à-dire en faisant passer la fumée de ma bouche dans la sienne. N'ayant sous la main aucun tube propre à cette opération, je me décidai pour le procédé du prophète Elisée, qui ranima le fils de la Sunamite en appliquant sa bouche sur sa bouche, et, non moins heureux que lui, j'eus le bonheur de voir ma Sunamite respirer dès la première insufflation.

La théorie qui a été donnée de l'action de la fumée de tabac introduite dans le rectum, ne peut expliquer ce qui s'est passé dans l'observation que je rapporte : chez cette malade, la fumée n'a pas dépassé le pharynx, elle y a produit une irritation qui a eu pour effet sympathique de faire contracter le diaphragme.

(*Gazette médical de l'Algérie*).

Hygiène, inhumation, crémation. Par M. A. Cadet.

Résumé et Conclusions : Je crois avoir examiné tous les côtés de la question, il ne me reste qu'à en condenser les éléments, j'ai démontré :

1° Que l'hygiène publique réclame la suppression de l'inhumation, qui, infectant l'air, répand de tous côtés autour de nous des germes d'empoisonnement ;

2° Que la crémation décompose les corps plus rapidement que l'inhumation, en donnant les mêmes produits utiles sans présenter les mêmes inconvénients ;

3° Que la crémation n'apporte aucun obstacle aux cérémonies religieuses, et qu'elle favorise le sentiment de la famille par le développement du culte des morts ;

4° Que les appareils dès aujourd'hui connus donnent des résultats pratiques très-satisfaisants ; en une demi-heure, moyennant un prix modéré, on obtient la disparition des matière organiques, sans odeur ni fumée ;

5° Qu'il n'est pas plus pénible et qu'il est plus respectueux de faire brûler un mort que de le laisser pourrir lentement et ronger par les vers;

6° Que la crémation, devant être nécessairement précédée d'une vérification sérieuse des décès, sera une garantie contre les inhumations précipitées;

7° Que, par la même raison, la crémation rend presque certaine la découverte immédiate des empoisonnements, ce qui est une garantie bien plus sérieuse contre le crime que la conservation d'un cadavre décomposé et son exhumation hypothétique; l'inhumation conserve, il est vrai, et encore quand elle n'est pas trop ancienne, la preuve du crime, mais n'en fait pas naître le soupçon; la vérification des décès précédant la crémation fournit à la fois le soupçon et la preuve du crime;

8° Que la plupart des poisons sont retrouvés dans les cendres;

9° Que le grand intérêt de la salubrité publique demande, exige l'obligation de la crémation et la suppression absolue de l'inhumation.

..... Maintenant la question appartient au législateur.

J'ai fait tout mon possible pour préparer la réussite.

J'ai pensé qu'une idée juste n'avait besoin que d'être reconnue pour être acceptée.

La publicité est le grand levier de la raison; je crois avoir raison en proposant la crémation, j'ai dû appeler la publicité à mon aide. (*J. d'hygiène.*)

Ulcérations chroniques de la vulve et du col de l'utérus; SULFURE DE CARBONE. — Pendant son internat à Saint-Lazare, M. Guillaumet a rencontré un nombre relativement considérable d'affections utérines, d'ulcérations du col, d'érosions souvent rebelles à toutes médications. Après avoir employé le sulfure de carbone contre quelques ulcérations chroniques, quelle qu'en soit la nature, contre le lupus, contre l'esthiomène qui semblait incurable et en avoir obtenu de bons résultats, il l'a employé également pour les ulcérations chroniques du col, et cela avec un grand avantage.

Malheureusement ce liquide possède une odeur très-pénétrante et fort désagréable qui l'a fait repousser par la plupart des praticiens. M. Guillaumet pense que ce n'est pas là une raison suffisante pour en rejeter l'usage. Divers moyens peuvent atténuer considérablement cet inconvénient. Parmi les plus simples, M. Guillaumet préconise le suivant: il ajoute 10 gouttes d'essences d'amandes amères ou de menthe.

Sulf. de carbone. .	10 grammes.
Essence de menthe.	10 à 15 gouttes.

M.

L'iode, qui est très-soluble dans le sulfure de carbone, en diminue considérablement l'odeur, et au lieu d'être un obstacle à la cicatrisation de ce corps, il vient au contraire ajouter aux qualités réparatrices et stimulantes du médicament.

Voici les solutions qu'il emploie :

Sulfure de carbone. .	12 grammes.
Iode.	1 —

M. s. a.

Ou bien :

Sulfure de carbone. .	16 grammes.
Teinture d'iode.	1 —
Essence de menthe. .	4 gouttes.

M. s. a.

Le flacon qui renferme le sulfure de carbone doit être tenu très-près de la plaie à panser et *loin de tout corps enflammé;* on imbibe du liquide un pinceau de charpie en exprimant sur les bords du flacon l'excès du médicament, puis, on promène le pinceau sur toute la surface de la plaie que l'on recouvre immédiatement de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé. Sur la poudre, on applique un gâteau de charpie sèche. Le *modus faciendi* ne diffère pas pour les ulcérations du col du l'utérus; seulement il est utile de mettre de la poudre en quantité, de la maintenir à l'aide d'un tampon de ouate que la malade gardera douze heures environ.

Quand elle retirera le tampon, elle prendra une injection qui entraînera la poudre imbibée de mucosités.

Des scrofulides ulcéreuses de la vulve, ou esthiomène, des chancres, des syphilides muqueuses érosives génito-anales, des plaques muqueuses de la vulve et de l'anus ont été guéris dans l'espace de quelques jours sous l'influence de ce traitement.

Le sulfure de carbone agit comme irritant réfrigérant et anesthésique; son action est toute locale et limitée aux tissus malades; malgré l'irritation produite, les bourgeons charnus deviennent très-rarement exubérants au point de nécessiter leur répression, comme s'il y avait en même temps dans ce corps une action excitante et répressive.

Il faut proportionner la fréquence des pansements à l'atonie et à l'ancienneté de la plaie; on n'en fera jamais plus d'un par jour. (*Scalpel.*)

Corps étrangers dans le rectum, par M. Hecht.—Un jeune homme de vingt-quatre ans se trouvant en plein état de santé, fut pris subitement et sans cause connue, de douleurs excessivement vives, continues, lancinantes, dans la région anale, avec épreintes et ténesmes rectal. En raison de l'invasion soudaine des accidents, de l'état apyrétique, de l'absence de symptômes gastro-intestinaux susceptibles d'éclairer le diagnostic, le toucher rectal fut pratiqué; il eut pour résultat la constatation, dans l'ampoule rectale, et l'extraction d'une arrête de poisson de 3 cent. 1/2 de longueur.

M. Lemoine relate deux observations de corps étrangers dans le rectum. Dans la première, il s'agit d'un employé de l'octroi qui accusait une constipation opiniâtre, accompagnée de vive douleur à l'anus. A l'exploration, il trouva des os de grenouilles, qu'il retira facilement avec des pinces. Dans un second cas, plus sérieux, il s'agit d'une pauvre femme qui avait recueilli, dans un hôtel, des corps de grenouilles, qu'elle avala sans les éplucher. Au bout de quelques jours, elle éprouva des douleurs intenses au rectum et une grande difficulté d'aller à la selle. Appelé à la secourir, M. Lemoine explora le rectum et fit l'extraction laborieuse des petits os qu'elle avait ingérés.

M. V. Parisot dit que tout le monde connaît les accidents de rétention de matières fécales, qui dilatent l'ampoule rectale et qui amènent quelquefois la mort. Ces accidents se rencontrent chez les personnes qui mènent une vie sédentaire. L'art, en intervenant, leur rend un immense service; mais il est d'autres cas, dans la pratique, auxquels le médecin ne songe pas et où il s'expose à établir un traitement inutile et même nuisible, car il confond, le plus souvent, les symptômes qu'il observe avec ceux de l'étranglement interne. C'est lorsque certaines matières ingérées forment des concrétions stercorales. A ce sujet, M. Parisot rapporte le cas d'un enfant de trois ans, qui se plaignit au fondement de douleurs atroces, qui se manifestaient sous forme de coliques intermittentes. Songeant aussitôt à une constipation opiniâtre, quoique les parents l'eussent nié, il explora le rectum et reconnut un amas de pépins de raisins dans l'ampoule rectale. Dans ces cas, l'exploration du rectum devient une indication très-importante.

M. Lemoine ajoute que certaines rétentions stercorales échappent à l'investigation du médecin, parce qu'autour des matières endurcies se trouvent d'autres matières liquides, qui passent à côté du bol fécal sans l'entraîner. Cette erreur de diagnostic peut avoir une influence fâcheuse.

M. Didion fait observer que les corps étrangers qui se trouvent dans l'intestin ne sont, quelquefois, révélés que par l'autopsie. Il cite à l'appui l'observation d'une jeune fille qui présentait des alternatives de constipation et de diarrhée, et qui succomba rapidement dans le marasme. L'autopsie révéla un noyau de prune, placé de champ, vers la fin

de l'intestin grêle, et un rétrécissement déterminé par des ulcérarions et des brides qui s'étendaient vers le gros intestin.

Selon M. Rigaud, ce ne sont pas toujours les corps étrangers les plus volumineux qui produisent l'arrêt des matières fécales. Des substances d'un très-petit volume, telles que noyaux de cerise, s'accumulent parfois et se fixent dans un petit cul-de-sac, ou dans un repli de l'intestin, pour former des tumeurs. Il a vu des grains de riz agglutinés déterminer, au flanc gauche, un abcès qu'il vida par la ponction.

(*Mém. de la Soc. de méd. de Nancy.*)

Ablation d'un corps étranger (aiguille), engagé dans le pharynx, par l'opération de la pharyngotomie. Succès, par W. I. Wheeler, (*The med. Press and circular*). — Le sujet était un robuste fermier de 45 ans, entré à l'hôpital de Dublin le 10 novembre 1874. Sa face était vultueuse et ses conjonctives fortement congestionnées. De sa bouche pendait un gros fil noir qui était attaché à son oreille gauche. Il raconta que, deux jours auparavant, il était en devoir de recoudre un bouton à son pantalon, et que, ayant placé l'aiguille dans sa bouche la pointe en avant, elle glissa dans la gorge. Il essaya de l'attirer, mais il ne faisait, par cette traction, que l'enfoncer davantage, en raison de la position du corps étranger. A l'aide du laryngoscope on se rendit parfaitement compte de la place de l'aiguille, qui était obliquement située, enfoncée dans le palato-pharyngien gauche par sa tête, et fixée par sa pointe dans le cartilage aryténoïde correspondant. Douleur, anxiété et déglutition impossible. Accidents laryngiens les plus alarmants. Les essais répétés pour enlever ce corps étranger ayant été infructueux, le chirurgien se décida, *treize jours après,* à pratiquer la pharyngotomie. M. Wheeler, fit, du côté gauche du cou, une incision depuis l'os hyoïde jusqu'au bord supérieur du cartilage cricoïde; après avoir coupé les diverses couches sur la sonde cannelée et avoir lié plusieurs vaisseaux, il eut en vue l'artère carotide interne et externe, l'artère thyroïdienne supérieure et le nerf laryngé supérieur. Il sépara ensuite le muscle omoplat-hyoïdien à ses insertions antérieures, et chargea M. Butcher d'écarter les vaisseaux. De plus, il avait suivi le conseil donné par Vacca-Bellingheri, à savoir : introduire par la bouche dans le pharynx un gros conducteur en bois; ce dernier était tenu par M. Tufnell, qui faisait bomber la partie latérale gauche du cou. Sur le point le plus saillant de ce conducteur, le chirurgien fit au pharynx une petite incision qui permit de laisser passer le doigt indicateur; le conducteur fut alors retiré et l'ouverture agrandie en haut et en bas. Le doigt, introduit dans la plaie, essaya de sentir le corps étranger; mais il ne put y parvenir. Une pince, glissant sur la pulpe de ce doigt, permit de le reconnaître; mais il fut encore impossible de l'amener au dehors. C'est alors que, aidé de l'indicateur poussé fortement en haut, l'opérateur put amener à l'extérieur le fil dont l'aiguille était armée. Ce fil fut un conducteur permettant d'arriver sur le corps étranger, qui fut détaché à l'aide de l'ongle et de la pince, et extrait enfin à la grande satisfaction du patient. Au moment de l'extraction de l'aiguille, le malade fut pris d'une dyspnée considérable, avec menace d'asphyxie. La plaie du pharynx ne fut pas fermée; mais on fit, avec le *catgut*, quelques points de suture pour rapprocher les bords de l'incision. Pansement phéniqué. Vingt-six jours après la guérison était complète. (*Art médical belge.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Pastilles Tœniafuges

Extrait de kousso. . . .	2 gr.	50
Extrait de racines de grenadier	5	»
Chocolat..	50	»
Beurre de cacao	2	50

pour 50 pastilles.

Ces pastilles remplacent avantageusement la bouillie de kousso si difficile à faire prendre à certains malades.

Sirop dépuratif et anti-rachitique pour donner du ton et de la force aux os. Il remplace avantageusement toutes les préparations phosphatées et l'huile de foie de morue.

Sirop de lacto-phosphate de chaux préparé à froid et désacidifié	300 gr.
Sirop antiscorbutique	120
Sirop d'écorces d'oranges amères	120
Sirop de sucre	120

A prendre 3 cuillerées à bouche par jour, 1 le matin à jeun, 1 une heure avant le second déjeuner et 1 en se couchant.

2 à 3 cuillères à café pour les enfants.

Pilules toniques contre les fleurs blanches, et les maladies d'estomac, chez les femmes atteintes de pâles couleurs ou faibles de constitution.

Lactate de fer	6 gr.
Poudre de colombo	4
Fer réduit	6
Extrait de kina jaune	6
Extrait d'absinthe Major	6

Pour 120 pilules. En prendre 4 par jour, 2 au déjeuner en mangeant et 2 au dîner. Au bout de huit jours on pourra en prendre 3 à chaque repas.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1877.

Présidence de M. Bouley.

Méthode stibio-dermique. — M. J. Guérin lit une note dans laquelle, tout en applaudissant aux succès obtenus par le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte, il croit que tout esprit prudent doit faire des réserves à l'endroit de l'action générale du remède sur l'économie, et particulièrement de son action sur le cerveau et secondairement sur le poumon et le cœur. Il a fait connaître, il y a une vingtaine d'années, dans un mémoire lu devant l'Académie de médecine de Belgique, la méthode *stibio-dermique*, comme moyen de conjurer, presque à coup sûr, les premiers accidents de la coxalgie aiguë. Elle consiste dans l'emploi d'onctions répétées avec une pommade renfermant une partie de tartre stibié sur deux parties d'axonge. Il l'a employée contre les douleurs articulaires du rhumatisme articulaire aigu. Voici bientôt quinze années qu'il pratique ces onctions sur toutes les articulations atteintes. Après trois ou quatre applications, répétées dans les vingt-quatre heures, il obtient toujours une diminution notable des douleurs, si ce n'est leur disparition complète : ce dernier résultat est le plus fréquent.

Fièvre typhoïde (suite de la discussion). — M. Bouchardat trouve prématurées les conclusions de M. J. Guérin, ainsi que la doctrine de l'influence des matières animales en putréfaction sur la genèse de cette maladie.

Cette étiologie, suivant lui, se répète sans preuves plus précises, tandis que les faits démontrant la transmission s'accumulent d'année en année. Revenant aux expériences de M. J. Guérin et aux conclusions qu'il en a tirées, M. Bouchardat déclare que, lorsqu'il s'a-

gît de maladies de l'homme, le lapin est, suivant les conditions, un réactif trop ou trop peu sensible. Il se souvient d'avoir nourri un lapin pendant un mois en lui donnant chaque jour un kilogramme de feuilles de belladone. Les mémorables expériences de M. Villemin, répétées par d'autres observateurs, ont montré, en outre, que le lapin ressent trop facilement l'influence des injections de matière tuberculeuse. Enfin, les résultats obtenus par M. Guérin ne semblent pas différer de ceux observés chez les animaux dans les veines desquels différents expérimentateurs ont injecté des matières putrides ordinaires.

M. Jules Guérin répond qu'il n'a pas prétendu donner la fièvre typhoïde aux lapins qu'il a mis en expérience. Il a voulu montrer que les matières fécales des typhiques contenaient un principe toxique particulier que ne contiennent pas les matières fécales ordinaires, chose qui n'avait pas été faite avant lui. En injectant les matières fécales de typhiques sous la peau des lapins, il a déterminé des accidents rapidement mortels; en outre, le sang de ces animaux ainsi tués, injecté sous la peau d'autres animaux, a également produit les accidents les plus graves. D'où la conclusion légitimement tirée par M. Guérin que les matières fécales des typhiques contiennent un poison particulier dont il a pu déterminer l'origine et les diverses phases d'évolution dans l'extrémité inférieure de l'intestin grêle des malades atteints de fièvre typhoïde.

Séance du 11 septembre 1877.

Présidence de M. Bouley.

De l'action physiologique du salicylate de soude et du mécanisme de son action. — M. Laborde lit un travail qui contient les résultats des expériences qu'il a faites sur des chiens, auxquels il a pratiqué des injections intra-veineuses de salicylate de soude. Il a eu recours à ce mode d'administration du médicament, parce que le salicylate de soude ingéré dans l'estomac, chez le chien, provoque fatalement le vomissement. Pour un chien de moyenne taille, M. Laborde prend 4 à 5 grammes de salicylate de soude et les dissout dans dix ou douze centimètres cubes d'eau distillée. La solution est légèrement chauffée à la température approximative du sang en circulation, puis est poussée dans la veine crurale, modérément, par petites quantités à la fois, avec un intervalle de une à trois minutes entre chaque poussée. Dans ces conditions, M. Laborde n'a jamais observé au cours de ses expériences aucun accident; il a seulement noté les phénomènes suivants : une accélération légère des battements du cœur et des mouvements respiratoires, quelques cris plaintifs et un peu d'agitation au début; dans quelques cas, un ou deux efforts de vomissements bientôt réprimés. Très-peu de temps après l'injection, on constate que les *réflexes* sont conservés dans une mesure suffisante pour être appréciable, mais on ne voit pas en même temps l'animal réagir, volontairement. En outre, celui-ci se tient avec quelque difficulté sur ses pattes; la démarche est légèrement titubante, ataxique. Il paraît sourd et indifférent aux bruits extérieurs, il est plongé dans une sorte d'hébétude, de stupeur; enfin, abandonné à lui-même, il ne tarde pas à se coucher et à s'endormir d'un sommeil auquel il est difficile de l'arracher.

Il résulte donc de ces expériences que le salicylate de soude respecte la sensibilité réflexe; atteint peu la motilité; mais atténue beaucoup la sensibilité douloureuse, volontaire et consciente. Son action est stupéfiante et analgésique. D'après M. Laborde, elle porterait sur le centre nerveux encéphalique, et laisserait intacte la conductibilité nerveuse, soit dans la moelle, soit dans les nerfs périphériques.

Cette action du salicylate de soude sur les phénomènes fonctionnels de sensibilité et, par conséquent, sur le siége organique cérébral de ces phé-

nomènes, donne la raison des effets produits sur les symptômes douloureux dans l'état morbide, et c'est principalement à ce titre d'*analgésiant* que l'acide salicylique intervient dans la cure du rhumatisme articulaire.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Légion d'honneur. — Par décret en date du 5 septembre 1877, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le Dr Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Au grade de chevalier : M. le Dr Denis-Dumont, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen.

***

Nécrologie. — C'est avec chagrin que nous apprenons la mort d'un homme qui touchait de près à la famille médicale. Nous voulons parler de M. Asselin, libraire-éditeur. Tous ceux qui l'ont connu éprouvaient pour lui autant d'estime que de sympathie. Cet homme si bon, si bienveillant, laisse après lui d'unanimes regrets.

***

L'hôpital de Levallois-Perret. — Sir Wallace et lady Wallace sont allés ces jours derniers à Levallois-Perret pour assister à l'inauguration de l'hôpital destiné à recevoir les Anglais indigents établis en France, et qui portera le nom de Hertfort.

Les constructions étaient ornées de drapeaux anglais. L'accueil le plus sympathique a été fait aux généreux bienfaiteurs.

Sir Richard Wallace a prononcé quelques paroles très-goûtées, et se terminant ainsi :

« Si cette fondation est destinée uniquement aux Anglais, il ne faut pas oublier qu'il existe à Londres un vaste hôpital pour les Français pauvres, qui est entretenu principalement par la charité anglaise. »

***

Ce qu'on fait avec du papier. — La variété des usages auxquels le papier est employé au Japon étonne les Européens qui visitent ce pays, dit un journal anglais ; on n'y trouve que du papier, et toujours du papier, sous toutes les formes possibles.

L'étonnement signalé par ce journal nous étonne. Il semblerait que les Européens ne connaissent le papier que par les journaux, les livres et l'usage irrévérencieux, mais intime, qu'on en fait.

A Paris, on a fabriqué des cannes en papier, des conduites d'eau et de gaz en papier, des cuillers et fourchettes à salade, etc. On y consomme des quantités considérables de linge de corps en papier : faux-cols, manchettes, plastrons de chemises.

On sait qu'en Amérique les jupons de femmes, les chaussettes, les chapeaux sont en papier ; qu'on y a construit des maisons en papier, du sol aux combles, qu'on a fait des vaisseaux en papier, des cloches en papier ; que dans l'État de Visconsin, on fabrique des tonneaux en papier, et que, en ce moment, en Angleterre, on fait en papier des roues de chemins de fer. (*Journ. de Nice.*)

***

Contagion du croup aux enterrements. — Telle est l'épouvante que cause la contagion du croup, de l'angine couenneuse et de la diphthérite aux Etats-Unis, qu'on la redoute même des cadavres de ceux qui en sont morts. Afin de s'assurer si cette crainte est fondée, la Société médicale du comté de Suffolk (dans le Massachussetts) a fait une enquête, parmi les médecins du district, qui a donné les résultats suivants :

Sur 230 réponses, 143 expriment l'avis qu'il peut y avoir danger de conta-

gion pour les enfants qui assistent aux enterrements des personnes mortes de diphthérie. Mais les faits produits à l'appui de cette opinion ne sont pas démonstratifs. La Société n'en persiste pas moins à croire que la maladie peut se propager de cette façon. Elle conseille en conséquence de ne pas rendre ces enterrements publics, au moins quant à la levée du corps, car le danger paraît beaucoup moindre à l'église. C'est au moins un avertissement pour ne pas y conduire en foule les enfants des écoles, comme on le fait trop souvent. (*La Croix rouge.*)

***

Le service sanitaire en Turquie. — Au point de vue sanitaire, l'armée est mal partagée, les médecins des corps fort ignorants. Des Grecs, des Arméniens, qui n'ont jamais vu un diplôme, sont chargés du soin de panser les blessés et de guérir les malades. Des médecins étrangers, beaucoup d'Anglais, d'Allemands, quelques Suisses, ont été répartis dans les corps, mais ce sont, pour la plupart, des étudiants sortant des universités, et venant faire leurs premières armes pratiques en campagne. Et quel matériel sanitaire! Quelles pitoyables pharmacies! Chaque bataillon a au moins de 1 à 3 médecins, 8 brancardiers et 2 mulets ou chevaux munis de paniers. On place les blessés dans ces cacolets, on tourne la bête de somme dans la direction des stations de pansage, on lui applique sur la croupe un vigoureux coup de plat de sabre et l'animal trottine à destination. (*Le Temps.*)

***

Réorganisation de la médecine en Algérie. — L'administration supérieure algérienne s'occupe activement d'améliorer la position des médecins de colonisation et de mettre cette institution à la hauteur des services qu'elle est appelée à rendre, en assurant par une rétribution plus large et plus équitable, le recrutement d'un personnel pris parmi des hommes possédant des connaissances scientifiques sérieuses. A cet effet, le projet actuellement à l'étude diviserait ces utiles praticiens en six classes, dont on propose de fixer les traitements annuels de la manière suivante :

1re cl., 5,000 fr. — 2e cl., 4,500 fr. — 3e cl., 4,000 fr. — 4e cl., 3,500 fr. — 5e cl., 3,000 fr. — 6e cl., 2,500 fr.

Les officiers de santé débuteraient par la 6e classe et ne pourraient dépasser la 4e (3,500 fr.), ni y arriver en moins de neuf ans. Les docteurs débuteraient par la 5e et arriveraient en douze ans à la première (5,000 fr.)

***

La visite sanitaire de Vienne. — Il paraît que ces dames du *demi-monde*, à Vienne, sont soumises à une surveillance sévère. Aucune « sollicitation » n'est tolérée dans les rues, et aucune femme ne doit être vue dans les passages publics après la fin du jour. Deux fois par semaine, elles doivent se présenter pour être examinées. Celles de la « meilleure classe » sont autorisées à choisir leur propre médecin, et lui paient les honoraires réglementaires à chaque visite. Elles reçoivent, en échange, un certificat de la sincérité duquel le médecin est responsable. Grâce à ces mesures, les maladies vénériennes deviennent très rares.

***

Les prescriptions en Allemagne. — Le renouvellement des prescriptions en Allemagne vient d'être interdit par une loi, toutes les fois qu'une prescription contient un médicament énergique, tel que drastiques, emménagogues, émétiques et opiacés, excepté néanmoins sur l'ordre du médecin qui a signé la prescription originale.

Cette mesure, éminemment sage, devrait être appliquée dans beaucoup d'autres pays, où les malades se prêtent mutuellement les ordonnances de leurs médecins, et font renouveler des prescriptions qui datent de plusieurs années. (*L'Année méd. de Caen.*)

Le vin et le fer. — Les malades condamnés aux eaux ferrugineuses ne seront peut-être pas fâchés, dit M. Henri de Parville, dans sa Causerie scientifique du *Bulletin français*, de savoir qu'ils pourraient introduire dans leur économie tout autant de fer en buvant du vin au lieu d'eau. Entre l'eau et le vin, la majorité a opté depuis longtemps pour le vin.

Tous les vins de la zone girondine sont très-riches en fer; ils renferment en moyenne 18 centigrammes de tartrate ferreux par litre, ce qui représente 63 milligrammes de fer. Or, bien peu d'eaux minérales peuvent être mises en parallèle avec ces vins.

A l'étranger, parmi les nombreuses et célèbres sources de Spa, Prince-de-Condé. Pouhon, Geronstère, Grœsbeck, etc..., une seule, la première, est plus minéralisée, car elle donne jusqu'à 120 milligrammes de protoxyde de fer; les autres restent fort au-dessous du vin. Pouhon n'atteint jamais 42 milligrammes.

En France, la comparaison est tellement à l'avantage du vin, qu'un demi-litre de ce liquide peut être beaucoup plus ferrugineux qu'un litre d'eau. Le vin de Bordeaux renferme plus de fer que les eaux de Morny, Château neuf, Forges, Châteldon, Bussang. L'eau d'Orezza, en Corse, est à peu l'unique exception.

On peut dire, d'après les analyses de M. Perier, que 33 centilitres de vin de Médoc contiennent autant de fer qu'un litre de la plupart des eaux minérales ferrugineuses de la France et de l'étranger. Le vin jouit, en outre, de l'avantage de conserver longtemps intact son élément minéralisateur, ce qui est contestable pour les eaux, même pour celles qui sont le plus saturées d'acide carbonique.

Au seul point de vue du fer, le vin est donc préférable, puisqu'un verre de vin de Bordeaux renferme plus de fer qu'un demi-litre d'eau minérale.

Il est vraisemblable que c'est au tartrate de protoxide de fer que les vins de Bordeaux doivent une grande partie de leur vieille réputation d'être si propres à fortifier les enfants, à ranimer les convalescents et à soutenir les vieillards. (*France méd.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du* 30 *août au* 6 *septembre*, on a constaté, 896 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 12; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 34 ; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 29 ; pneumonie, 42; dysentérie, 3 ; diarrhée cholériforme des enfants, 27; choléra infantile, 0; choléra, 0 : angine couenneuse, 18; croup, 13 ; affections puerpérales, 1 ; affections aiguës, 346 ; affections chroniques, 314 (dont 134 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 27; causes accidentelles, 23.

Du 6 *au* 13 *septembre*, 899 décès ainsi répartis : variole, 1; rougeole, 9; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 24; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 37; pneumonie, 44; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 14; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 21 ; croup, 15 ; affections puerpérales, 5; affections aiguës, 320; affections chroniques, 355 (dont 146 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 32; causes accidentelles, 18.

VARIÉTÉS

Le nouvel Hôtel-Dieu. — Nous empruntons à un journal extra-scientifique les détails suivants qui nous semblent susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

Le nouvel Hôtel-Dieu, qui n'a pas

coûté moins de 37 millions, ce qui, entre parenthèse, met chacun des lits qui s'y trouvent à 90,000 fr., comprend dix-huit salles de vingt-quatre lits chacune. Elles sont voûtées et éclairées chacune par treize fenêtres, dont six de chaque côté et une grande baie cintrée dans le fond. Chacune d'elles sera chauffée par trois calorifères, douze bouches de chaleur et une cheminée ; l'atmosphère en sera purifiée par douze soupiraux percés à la naissance de la voûte. Le maréchal a visité les deux machines soufflantes de 40 chevaux chacune, qui sont destinées à la ventilation des salles. Les prises d'air sont à 45 mètres du sol. Le cube d'air introduit est de 160 mètres cubes par heure et par malade, ce qui, pour 426 malades, fait près de 11 millions de mètres cubes par jour.

Déjà certaines salles sont entièrement prêtes et on y a placé les lits garnis de leur literie et de leurs rideaux. Il est probable que la chapelle et les bâtiments du fond ne seront pas terminés avant un an ou deux.

Les salles de malades occupent six ailes de bâtiments qui se détachent à droite et à gauche du quadrilatère central. Ces ailes sont séparées par des préaux tapissés de gazons et plantés d'arbres ; quatre d'entre eux sont ornés de vasques avec jets d'eau.

Les services généraux, tels que l'économat, les bureaux de médecins, les chambres des internes, les dépôts de pharmacie, les cuisines, les tisaneries, les bains, etc., sont installés dans les sous-sol. Toutes les parties de l'édifice sont chauffées au moyen de tuyaux de vapeur placés dans des caniveaux. Dans les galeries des sous-sols, les dallages sont pourvus d'une cannelure longitudinale qui permet la circulation de wagonets destinés à effectuer tous les transports des aliments, des remèdes et des objets de pansements. De grandes machines à vapeur alimentées au moyen de prises d'eau puisant dans la Seine assureront le chauffage et le fonctionnement des appareils mécaniques de ventilation.

Dans les cuisines on remarque d'ingénieuses innovations : les marmites reposent sur des tuyaux de vapeur en forme de cercles ; entre chacune d'elles est placé un bras mobile armé d'un robinet qui sert à les remplir. Une roue dentée, munie d'une poignée, sert à faire basculer les marmites, quand on veut en vider le contenu ; quant aux immenses couvercles, ils se manœuvrent au moyen d'un système de contre-poids.

Avec les modifications profondes apportées à son plan primitif, le nouvel Hôtel-Dieu se trouvera dans des *conditions aussi bonnes que la plupart de nos hôpitaux actuels*, la Charité, la Pitié, Saint-Louis, Beaujon, Lariboisière. Chaque malade y trouvera un espace et un cube d'air sensiblement plus grand.

Le chauffage, l'éclairage et la ventilation ont utilisé tous les progrès de l'industrie moderne. Enfin, l'*emplacement* de l'hôpital entre les deux bras du fleuve, dans un quartier où la population est clair-semée, borné par de larges voies : les quais, le marché aux fleurs, la place du Parvis, dégagée des vieux bâtiments qui font encore aujourd'hui écran à la lumière et nuisent à l'aération, *semble assez favorable*.

Les termes à dessein soulignés ne donnent-ils pas à réfléchir ? On est bien fixé, aujourd'hui, sur la salubrité des grands établissements hospitaliers. Si l'on n'avait en pour résultat que d'assurer au nouvel Hôtel-Dieu des conditions *aussi bonnes* que la plupart de nos hôpitaux actuels, était-il nécessaire de dépenser une somme de 37 *millions* pour l'érection d'une splendide nécropole ?...

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris. — Imp. Balitout, Questroy et Cie, 7, rue Baillif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 20. — 15 OCTOBRE 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS.

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçon de M. LASSÈGUE.

Du vertige goutteux et de la goutte sénile.

Un homme de soixante-quatre ans, horloger de profession, est venu consulter M. Lassègue dans son service, au sujet de douleurs qu'il ressent dans la main gauche depuis cinq mois, douleurs accompagnées des déformations de l'organe. Voici l'histoire de ce malade, avec les considérations pratiques que ce fait, plus exceptionnel chez l'homme que chez la femme, a inspirées au savant clinicien.

Il y a vingt ans, cet homme ressentit pour la première fois des éblouissements dans la rue. Depuis lors, il est resté sujet à des troubles visuels, à des éblouissements, plusieurs fois suivis de chutes.

A part cela sa santé est restée excellente. Il n'a jamais eu ni rhumatismes, ni aucun trouble soit cardiaque, soit gastrique. Il n'a jamais, non plus, vomi au moment de ses accidents vertigineux. Ajoutons que cet homme est assez sobre; qu'il est sujet à des préoccupations, à des accès de tristesse et de gaieté contrastante.

Il y a cinq à six mois, il fit une chute, à la suite de laquelle les vertiges ont cessé de se reproduire. L'affection a, dès lors, complètement changé de forme.

A dater de ce moment, il a ressenti des douleurs dans les articulations des doigts de la main gauche et dans le poignet de cette même main. Petit à petit, il a vu se déformer les articulations métacarpo-phalangiennes du pouce et de l'index. En outre de cela, il s'est formé une bride de plus en plus saillante sur le trajet des tendons fléchisseurs du médius et de l'annulaire. L'extension complète des doigts est devenue impossible. La main tend à prendre la forme de griffe.

L'examen seul de la main a permis à M. Lassègue de poser le diagnostic. Cet homme est un goutteux.

On voit par là combien est précieux ce signe tiré de l'inspection de la main. Pendant vingt ans on eût pu croire cet homme sous la menace d'une affection cérébrale. De là, suivant les temps, l'application d'un traitement inoffensif ou nuisible, mais, dans tous les cas, dirigé avec une fausse adresse. Il y a quelque vingt ans, on lui eût tiré du sang ; aujourd'hui, on lui administrerait du bromure de potassium.

Au premier aspect, on pourrait croire que le cordon saillant et dur de la face palmaire de la main est constitué par les tendons fléchisseurs eux-mêmes. Ce serait à tort. Il est le fait de l'épaississement d'un certain nombre de fibres de l'aponévrose palmaire, sous laquelle jouent librement les tendons. Ce cordon, du reste, n'est nullement douloureux.

On peut ici se poser une question im-

portante au point de vue diagnostique. Ce malade est-il goutteux ou noueux? Il est un signe très-précieux pour différencier ces deux états bien différents. Passé quarante ans, en général, le diagnostic se trouve inscrit dans la main. Chez le goutteux, on note cette déformation due à la réunion ainsi qu'à la rétraction des fibres de l'aponévrose palmaire qui, en se dissociant, forment quelquefois plusieurs cordons saillants.

Il est encore un signe caractéristique qui se trouve bien accusé chez ce malade. Les articulations déformées sont franches et arrondies, comme celles des scrofuleux. C'est que les os seuls sont atteints. Dans le rhumastisme noueux, au contraire, toutes les surfaces séreuses (articulations, bourses séreuses, gaînes de glissement) peuvent, tôt ou tard, être affectées. De là des déformations par les liquides exhalés.

Dans le rhumatisme noueux, enfin, il ne se produit pas de vertige diathésique.

On comprend combien, dans les premiers temps surtout, le diagnostic est difficile à poser, dans les cas analogues à celui de ce malade. Il le devient plus encore dans certaines formes de vertiges, auxquelles M. Lassègue a donné le nom de *vertige mental*. Les malades qui en sont atteints, par moments, sont saisis de malaise flasque ; ils ne veulent ni se remuer, ni sortir. Vient-on à les arracher à cette torpeur, ils ont l'air d'idiots. Un tel état est sujet à intermittences. D'autres ne peuvent faire un pas sans éprouver des vertiges. Ils se raidissent, se cramponnent à tous les objets, dans la peur de tomber. Ils sont pris incessamment de la peur de mourir. Leur figure respire l'hébétement le plus profond.

En pareil cas, on comprend combien on est porté à mettre de tels symptômes sur le compte d'une affection cérébrale, quand on est appelé à se prononcer, à une époque de la vie où aucun signe objectif n'est encore venu présenter son stigmate révélateur, c'est-à-dire avant l'âge de 40 ans. On est bien heureux quand on vient à relever le caractère dont nous avons parlé, car il permet à l'homme de l'art de débarrasser les malades et leurs proches de bien des soucis.

La goutte atonique, ou des vieillards, ne donne pas lieu à ces violentes attaques de la goutte vulgaire, qui ont une durée moyenne de six semaines. Elle se limite aux petites articulations, n'atteignant même que par exception le poignet et le cou-de-pied. Cette affection est péri-arthritique, c'est-à-dire qu'elle n'envahit pas le centre de l'articulation. La douleur se limite à un ou deux points, le reste de l'article restant indolore. Chez le malade dont nous venons de nous occuper, par exemple, on peut tirer carrément sur la main, la fléchir en avant en arrière, sans déterminer aucune souffrance. Cette souffrance, au contraire, est très-vive quand on porte la main dans l'adduction.

A l'âge où il est arrivé, notre malade n'a aucune chance de se débarrasser de son affection. Heureusement que son mal est sans gravité. Les gouttes tardives avortent nécessairement, et ne rendent jamais perclus ceux qui en sont atteints. C'est un grand bonheur car, contre de telles maladies, il n'est aucun traitement qu'on puisse tenir comme efficace, au point de vue curatif à proprement parler.

Cependant cet homme souffre, et il convient de faire quelque chose pour le soulager.

En pareil cas, on se trouve très-bien des bains chauds et des stations minérales thermales.

La médication alcaline est aussi utilisée avec avantage. Il est bon d'administrer, pendant dix ou vingt jours, le bi-carbonate de soude, à la dose journalière de 8 à 10 grammes. Au bout de ce terme, il faut suspendre l'emploi de ce médicament.

Le benzoate de lithine ferreux, de M. Tréhyou, rendrait encore ici, croyons-nous, de plus grands services, par l'adjonction compensatrice d'un reconstituant par excellence, particulièrement

indiqué dans les cas qui nous occupent.

Une recommandation de la plus grande importance : il faut s'abstenir de tout dérivatif cutané. Les agents irritants déterminent, du côté de la peau, des éruptions et des altérations du plus mauvais aloi. A ce propos, M. Lassègue rappelle un fait qui, en son absence, s'est passé dans son propre service, et dont le souvenir est bien propre à pénétrer chacun du trop bien fondé de la proscription formelle, absolue, des dérivatifs, dans les cas dont il s'agit.

Un homme ayant la goutte localisée dans l'articulation du coude-pied, quoique ne souffrant pas beaucoup, fut traité par des badigeonnages avec la teinture d'iode et des vésicatoires. La peau s'excoria, le tissu sous-cutané et les os mêmes s'entamèrent au bout de quinze jours. Survint, enfin, une arthrite profonde, à la suite de laquelle il fallut en venir à l'amputation de la jambe.....

Si de tels moyens étaient employés auprès de notre malade, M. Lassègue est convaincu que ses articulations malades ne tarderaient pas à augmenter de volume.

Il ne faut recourir aux dérivatifs que dans les arthrites exemptes de toute attache diathésique. M. Lassègue a eu un malade atteint de tumeur blanche. Cet homme a été traité par le moyen du brome topiquement employé. Ce puissant dérivatif a donné lieu à une violente phlegmasie de la peau. Le malade a eu un véritable genou d'éléphant, mais il a guéri de sa tumeur blanche. C'est que cet homme n'était pas goutteux.....

Dr E. PICART.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

—

La sonde rafraîchissante (psychrophore), un moyen pour la guérison des pollutions, de la spermatorrhée, de la gonorrhée chronique et autres états analogues (1).

Les deux observations suivantes montrent comment les phénomènes secondaires, dépendant des pollutions, disparaissent sous l'influence de la sonde rafraîchissante :

1re OBSERVATION

M. V..M., 45 ans, officier, marié, père de deux enfants. Depuis de longues années, grands excès sexuels, syphilis acquise à plusieurs reprises, traitements mercuriels répétés. Pollutions se produisant régulièrement la nuit après l'accomplissement du coït ; en cas d'abstinence, deux ou trois pollutions dans la semaine, sans érections, sans rêves érotiques. Puissance affaiblie pendant l'excitation sexuelle, le corps caverneux de l'urèthre et le gland restent ordinairement mous et ne gonflent que fort peu, tandis que les corps caverneux du pénis entrent en bonne érection et offrent de la résistance. Diminution de la sensation tactile au gland.

Pas d'hypéresthésie de l'urèthre. Emploi journalier de la sonde rafraîchissante pendant dix minutes, avec eau à 12°. L'emploi de l'appareil (sonde de la grosseur d'un cathéter n° 24) produit une sensation de fraîcheur agréable. Pendant l'application, le scrotum qui, en général, est flasque, se contracte énergiquement. Le retrait de la sonde, qui est facilement introduite sans le moindre obstacle, est accompagné d'un sentiment de résistance assez considérable, comme si les parois de l'urèthre se contractaient autour de l'instrument et le retenaient. L'endoscope, appliqué avant et après l'introduction de la sonde, laisse voir la muqueuse devenue beaucoup plus pâle.

Pendant les quatre semaines de l'emploi du psychrophore (25 séances), il n'y eut qu'une seule pollution. Le malade se regarde comme guéri : ses érections sont énergiques et plus complètes.

1. Suite, voir le n° du 1er octobre.

2° OBSERVATION.

Employé de chemin de fer, 36 ans, marié, symptômes d'irritation spinale : traitement hydrothérapique prolongé et employé sans succès.

Grande sensibilité douloureuse dans le dos, se caractérisant surtout comme excessive sensibilité tactile de toute la colonne vertébrale. En outre, soubresauts musculaires, tels que les produit le frisson. Dépression psychique profonde, causée par la crainte qu'a le malade d'être atteint d'une affection spinale incurable. Palpitations violentes sans lésion organique. Constipation, besoin fréquent d'uriner; pollutions fréquentes, grande excitabilité sexuelle, puissance intacte. Après chaque pollution l'état empire.

La première introduction, très douloureuse, de la sonde rafraîchissante (cathéter n° 22), provoque l'image complète d'un accès hystérique; rires, pleurs spasmodiques, etc... Sous l'influence d'une eau à 12° circulant à travers l'instrument, en cinq minutes environ, les douleurs dans l'urèthre cèdent et les symptômes hystériques se calment. La sonde reste appliquée quinze minutes. Immédiatement après, diminution notable de la sensibilité de la colonne vertébrale au toucher, et bien-être inconnu depuis longtemps.

Outre le traitement local cité, bain entier à 23°, tous les jours, durée dix minutes. Le malade réclame lui-même l'application journalière du psychrophore. Après un petit nombre de séances déjà, sensibilité normale de la muqueuse uréthrale, disparition complète de l'hypéresthésie. Bientôt les symptômes d'irritation spinale disparaissent de même. L'habitus anémique s'améliore visiblement, le moral se relève. Dès la première séance, il n'y eut plus de pollutions. Guérison en trois semaines.

Ce cas offre un intérêt tout particulier, car il prouve qu'ici l'ensemble des symptômes d'irritation spinale dépendait exclusivement de l'irritation sexuelle. Aussitôt que, sous l'influence de l'excitation thermique et mécanique de la sonde rafraîchissante, l'hyperesthésie de l'urèthre fut abolie, et que le *tonus* des tissus musculaires des organes sexuels fut augmenté, il n'y eut plus de pollutions et les symptômes de l'irritation spinale disparurent.

L'auteur emploie toujours, proportionné à la largeur de l'urèthre, l'instrument le plus gros possible. D'après son expérience, une collection de sondes correspondant à la grosseur des cathéters n°s 18, 20, 22, 24, suffit pour tous les cas. L'introduction de l'instrument bien huilé n'est douloureuse que s'il y a hyperesthésie de l'urèthre. Cette sensation douloureuse cède en quelques minutes, sous l'influence du froid. L'application suivante est toujours beaucoup moins sensible, et l'auteur, jusqu'ici, ne connaît aucun cas, où l'hyperesthésie n'ait complétement *cédé* à l'application répétée de la sonde rafraîchissante. La sensation du froid produite par l'instrument introduit dans l'urèthre, n'est pas désagréable dans la plupart des cas, au contraire.

Ce n'est qu'à la première séance que l'auteur emploie une eau à température plus modérée (14°, au plus 15°), et il la fait circuler 10 à 15 minutes. Après la séance, la majorité des malades accusent, dans les organes génitaux, une sensation agréable de fraîcheur, de tension, comme ils s'expriment souvent. Les médecins soumis à ce traitement signalent cette sensation d'augmentation du *tonus*.

Aux séances suivantes, l'auteur baisse la température de l'eau à 12° et à 10°. Excepté les accès hystériques cités plus haut, il n'a jamais vu se produire des symptômes désagréables, ni pendant, ni après l'application de la sonde rafraîchissante.

Cette méthode si importante pour le traitement des pollutions nocturnes, l'est davantage encore pour le traitement de la *spermatorrhée*. Dans les neuf cas que l'auteur eut l'occasion de traiter, quatre fois il a obtenu un résultat *très-satisfaisant*; dans deux autres, il y

eut amélioration notable, et dans trois seulement l'effet fut peu sensible.

La sonde rafraîchissante fut employée : dans deux cas, six fois, une guérison, une amélioration ; dans trois cas dix fois, une guérison, un reste dans *statu quo* ; dans trois cas, quinze fois, deux guérisons, une amélioration ; dans un cas, vingt-six fois, resté dans le *statu quo*.

Les cas guéris semblent appartenir à la catégorie où le relâchement, la diminution du *tonus* forment les caractères prédominants de la maladie. Ils se rapportent à des individus jeunes, en plein âge viril, chez qui l'excitation sexuelle la plus légère et l'action énergique de la pression abdominale provoquaient une perte séminale.

Dans les cas guéris, l'examen microscopique du sperme n'a présenté aucune modification anormale particulière. Dans un seul, chez un homme de 45 ans, celui à qui la sonde fut appliquée quinze fois, et qui, à partir de la sixième application, n'eut plus de pertes séminales, le plus grand nombre des cellules spermatiques avaient perdu leurs prolongements. Dans la plupart des cas, l'état s'améliora dès la première séance.

Dans tous les cinq cas d'*éjaculation prématurée pendant le coït*, il y eut une amélioration au moins passagère, qui se produisit immédiatement après la première séance. L'auteur y voit la preuve la plus certaine que l'influence locale de la basse température provoque une augmentation du *tonus* dans les tissus musculaires soumis à l'excitation du froid. Souvent ces malades assuraient qu'une seule introduction de la sonde rafraîchissante leur procurait pour plusieurs semaines l'effet désiré. Plusieurs parmi eux affirmaient que, depuis l'emploi de la sonde rafraîchissante, ils avaient des érections plus fréquentes et plus énergiques.

Plein d'intérêt surtout est le résultat obtenu dans deux cas de *gonorrhée chronique*, que l'auteur cite en terminant son travail :

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de trente ans, atteint de gonorrhée depuis trois ans. Emploi inutile de tous les remèdes possibles, prescrits par les meilleurs médecins.

Partant de l'idée que le catarrhe chronique était entretenu par l'hyperhémie chronique diagnostiquée à l'endoscope, l'auteur essaya d'agir sur cette dernière, en introduisant deux fois par jour son psychrophore. A chaque séance, il fit circuler par sa sonde pendant une demi-heure, une eau de 44°. La crainte de la tendance de ces processus à se propager sur la vessie, lui fit, dans les premières séances, employer une eau à température plus élevée, mais comme il ne se produisit aucune trace d'irritation vésicale, il abaissa progressivement la température de l'eau. En huit jours, la sécrétion fut réduite à son minimum. L'introduction de la sonde, deux fois par jour, fut continuée pendant trois semaines. Après quinze jours, on ne parvint plus à découvrir dans l'urine du matin qu'un petit filet purulent, et après trois semaines, la sécrétion avait complètement cessé. Deux mois se sont passés depuis, et il n'y a pas eu de récidive.

Le deuxième cas, est celui d'un officier de vingt-deux ans, atteint de gonorrhée depuis six mois. Des injections et la diéte suffisaient pour arrêter la sécrétion ; mais au moindre écart de régime, elle reparaissait, le plus souvent sans symptômes inflammatoires violents.

Dans ce cas, outre le traitement local institué comme pour le premier malade, l'auteur dut, pour des circonstances particulières, prescrire une cure de lait, de sorte que l'observation n'est pas nette. Le résultat fut tout aussi satisfaisant que dans le premier cas : diminution de la sécrétion, et dans quinze jours, cessation complète de l'écoulement. Chez ce malade aussi, le résultat continue à se soutenir ; quatre semaines se sont écoulées depuis la fin du traitement.

Dr Smith (de Moscou).

Le Béribéri (1)

QUELQUES MOTS SUR CHACUN DES SYMPTOMES.

L'*insomnie* est fréquente la nuit, mais il y a des malades qui dorment assez bien : il y en a d'autres dont les rêves sont agités et bruyants au point de les réveiller.

La *somnolence* pendant la journée est assez fréquente ; mais le malade ne peut pas dormir.

Ce symptôme est accompagné de *vertiges*, et, le plus souvent aussi, de *vomissements*.

Une percussion, même légère des régions occipitale et cervicale, occasionne de la douleur au malade.

C'est que la myélite béribérique a pour siége le bulbe et la cavité crânienne.

Les *vomissements*, quelquefois, dominent les autres symptômes. Ils peuvent devenir incoercibles, et le malade succombe à l'*inanition* et à la *paralysie générale*.

J'ai vu un malade qui succomba après 24 jours de vomissements avec paralysie ascendante. Il était réduit à ne pouvoir plus bouger la tête sur le traversin, ni remuer une partie quelconque du corps. Les vomissements s'arrêtèrent lorsque la paralysie se fut généralisée.

Une seconde malade tombe avec les premiers symptômes du *béribéri*. Ces symptômes disparaissent au bout de quelques jours ; mais surviennent des vertiges, de l'anorexie, puis se déclarent quelques vomissements, qui se rapprochent de plus en plus, de telle sorte que la malade ne peut plus prendre aucune nourriture. Au bout de deux mois cette malade tomba dans l'abattement et le coma. Elle s'éveillait de temps en temps, et poussait des gémissements quand on lui imprimait quelques mouvements. On ne pouvait toucher sa jambe gauche sans la faire crier. La jambe était inflexible et paralysée. L'épine dorsale était très-sensible. Les vomissements cessèrent dix jours avant la mort.

Comme d'autres béribériques tombés dans le coma, cette femme se réveillait pour faire une question qu'elle répétait jusqu'à trois et quatre fois, malgré qu'on lui donnât toujours une réponse.

Cette maladie s'est présentée avec des symptômes pathognomoniques de myélite si fugitifs, qu'ils auraient pu passer inaperçus au médecin qui n'eût pas été sur ses gardes.

Parmi les symptômes présentés par cette malade, les vomissements incoercibles seuls n'étaient pas le propre exclusif du béribéri. Plus tard, la paralysie et les douleurs névralgiques confirmèrent le diagnostic.

Un autre symptôme que j'ai observé chez cette malade, c'est un peu d'*œdème au front*. Le doigt y laissait son empreinte. Elle souffrait de céphalalgie.

J'ai observé trois cas de *folie* pendant le cours de cette affection.

J'ai aussi constaté des *attaques épileptiformes*.

Ces manifestations morbides trouvent leur explication dans l'anatomie pathologique de cette maladie, il serait même étonnant qu'elles fissent absolument défaut.

La *douleur à la percussion de l'épine dorsale* manque bien souvent.

Ordinairement elle occupe la région sacro-lombaire et les vertèbres cervicales. Mais entre ces régions extrêmes, on trouve aussi souvent des points douloureux. Ces points peuvent disparaître pour ne plus revenir ; ils peuvent changer de place, ou la douleur peut envahir toute la colone vertébrale.

Souvent aussi le malade ne sent pas de douleurs à la percussion ; mais il l'éprouve intérieurement, au passage du bol alimentaire ou du bol fécal. Il en est ainsi lorsque la maladie affecte la face antérieure de la moelle.

Le béribérique peut sentir tous les

(1) Suite. Voir le numéro du 15 septembre et 1er octobre.

symptômes de l'*acrodynie*, tels que douleurs dans les membres inférieurs et supérieurs, picotements, crampes, coxalgie, névralgies partielles, soubresauts musculaires, érythème de la peau. Il y a des malades qui se sentent les pieds dans la glace, d'autres qui les sentent dans le feu. Il n'y a pas de trouble, de sensibilité et de locomotion qui ne puisse attaquer le béribérique.

L'un en souffre beaucoup, l'autre s'en aperçoit à peine pour se plaindre. L'un est attaqué de fourmillements aux jambes, un second d'insensibilité, un troisième ne sent que quelques douleurs à la pression des mollets ou sous l'influence de la marche.

Parmi les troubles de la sensibilité et de la locomotion, il y en a deux qui, à eux seuls, caractérisent le *béribéri* sans le concours des autres, c'est à ce point qu'on peut les prendre comme pathognomoniques de cette affection.

Tout individu qui, après avoir senti une douleur à la région sacro-lombaire, suivie de quelques douleurs aux membres inférieurs, d'embarras et de faiblesse dans la marche, accuse un anéantissement de forces, est attaqué de béribéri.

Ni la faiblesse provenant de la diète ou d'une longue maladie ou de tout autre cause, ne ressemble à cet anéantissement de forces.

Cet état peut durer quelques jours à peine, ou se prolonger indéfiniment.

En tout cas, ce sont les membres supérieurs qui sont les premiers à reprendre des forces. Le rétablissement des membres inférieurs est beaucoup plus long, et, souvent, il n'est jamais complet.

Cet anéantissement des forces, le malade ne l'oublie jamais, et c'est par ce souvenir, que j'ai diagnostiqué le béribéri chronique, des années après son invasion.

L'autre symptôme caractéristique, c'est la façon de marcher du malade.

Tout individu qui marche comme ayant de l'eau à mi-jambe, est béribérique.

Tout béribérique ne peut pas s'accroupir ni s'asseoir sur les talons.

J'ajouterai encore :

Par les raisons ci-dessus présentées, *toute myélite épidémique est béribérique.*

Si le béribéri n'était qu'une myélite, de nature infectieuse, on n'aurait pas besoin de conserver dans la science ce nom cingalais barbare.

En raison de sa nature protéiforme, la myélite ne constituant que l'une de ses manifestations primordiales, il fallait bien la désigner par un nom spécial. A ce titre, et en attendant mieux, on peut lui conserver son nom, tout barbare qu'il soit. Ce n'est pas, du reste, le seul nom sesquipédalique que possède la science.

Encore une fois, si le béribéri n'était qu'une myélite, nous n'aurions plus rien à ajouter à la question du diagnostic.

Les autres symptômes, que nous allons mentionner, prouvent que cette maladie est quelque chose de plus qu'une affection de la moelle épinière.

Après les symptômes de la myélite vient : l'*œdème* très-fréquent dans les provinces équatoriales du Brésil. Cet épiphénomène s'observe rarement dans la province de Saint-Paul et dans cette ville, sous la ligne du tropique du Capricorne.

On dit que cet œdème est élastique et que, s'il reçoit l'empreinte du doigt, il la conserve fort peu de temps.

On dit aussi que cet œdème peut envahir tout le corps.

Je n'ai vu qu'un seul cas d'*œdème élastique* chez un individu qui paraissait avoir doublé de volume, tant le gonflement était considérable.

Du reste, l'œdème que j'ai vu généralement et dont j'ai moi-même été atteint, n'était pas élastique : il recevait l'empreinte du doigt, et il la conservait comme toute autre enflure passive.

Quelquefois l'enflure était douloureuse à la pression et même sans la pression.

Ce ne sont pas seulement les parties molles qui se tuméfient : ce sont aussi les os. J'ai eu, et je conserve encore un

peu le genou droit enflé. J'ai vu et je vois des malades avec les articulations des pieds et des mains enflées comme dans le rhumatisme goutteux.

Ainsi qu'il y a enflure du tissus cellulaire sous-cutané, il y en a dans l'intermusculaire, dans l'interstitiel, non-seulement extérieurement, mais aussi intérieurement, et probablement dans le connectif aussi.

Ainsi, le foie, les poumons, les intestins, la rate peuvent s'œdématier.

On voit alors une hypérémie du foie, un œdème des poumons, qui simulent à s'y méprendre l'hépatite, la bronchite asthmatique. Le médecin est donc fort exposé à fausser son diagnostic, s'il n'a pas vu l'invasion de la maladie, ou s'il ne s'est pas suffisamment renseigné sur son compte.

Que de fois, aussi, sont sujets à se tromper les meilleurs observateurs.

Vous avez devant vous un homme enflé de la tête aux pieds ; il est essoufflé au moindre exercice ; les battements du cœur sont précipités, avec éloignement des bruits. Le second temps semble dédoublé : il a un épanchement pleurétique ; hypérémie du foie ; œdème des poumons avec toux fréquente et fatigante. Ce tableau n'est pas hypothétique, comme on pourrait le croire. Si tous ces symptômes ne sont pas réunis sur le même individu, il y en a au moins quelques-uns. Mais quand il n'y en aurait qu'un seul, après l'invasion du béribéri, la nosohémie expliquerait en même temps la myélite et la maladie viscérale intercurrente.

Sans la connaissance de l'invasion de la maladie (et c'est ce que le malade ne dit pas), ou sans soupçonner l'existence d'une épidémie béribérique, un médecin diagnostiquera une hydropisie par maladie du cœur ; un second une pleurésie latente ; un troisième une hépatite chronique ; un quatrième une bronchite chronique : si aucun de ces symptômes n'échappe à l'examen du médecin, il pourra croire à un état morbide multiple.

Si, au milieu de ce cortége symptomatique, survient une paralysie quelconque, par exemple la diaphragmatique, qui tue le malade par asphyxie, espèce de ceinture qui l'étreint jusqu'à le suffoquer (ce qui arrive fréquemment dans les provinces du Brésil près de l'équateur), et si ces maladies isolées ou groupées se rencontrent disséminées parmi le peuple, quel diagnostic posera l'homme de l'art?

Pour peu qu'il réfléchisse, il renoncera à la classification de différentes entités morbides ; il reconnaîtra une épidémie, une véritable nosohémie, quel que soit le nom qu'il juge convenable de lui donner, ce sera toujours le *béribéri*.

Pour ma part, lorsque je ne pensais pas au béribéri, je laissais inexpliquées bien des choses : maintenant je comprends ce qui se passe dans l'organisme des malades.

(*A suivre.*) Dr J. [illegible],
de Saint-Paul (Brésil).

Des indications multiples et du meilleur mode d'emploi du fer en médecine.

Le fer joue un rôle de plus en plus prépondérant dans la thérapeutique des nosohémies, caractérisées par l'appauvrissement des éléments nutritifs du sang ; nosohémies qui, chacun le sait, constituent en quelque sorte la caractéristique de notre époque. On ne saurait donc trop encourager les travaux sérieux consacrés à l'étude de ce précieux métal, et les efforts tentés pour en rendre l'assimilation plus facile et plus sûre.

C'est à ce double titre que nous croyons utile de reproduire, en l'empruntant à *l'Union médicale*, un article fort bien fait, qui vient à point pour compléter la note relative au fer dialysé, que M. Bravais a inséré dans le numéro du 1er avril dernier de *le Revue de thérapeutique*.

L'étude du fer, considéré comme agent médicinal, est un de ces sujets qui ne s'épuisent point. Le fer, en effet,

est un médicament d'une utilité immense. Bien peu d'autres pourraient être mis en parallèle avec lui sous ce rapport ; bien peu répondent à un aussi grand nombre d'indications thérapeutiques. C'est à cette utilité si diverse et si souvent éprouvée, c'est à cet emploi de tous les instants qui en découle, qu'on doit nécessairement attribuer le travail incessant, dont il est l'objet de la part des savants qui ont pour but d'enrichir la matière médicale, et la multiplicité croissante de ses préparations, auxquelles une émulation profonde s'efforce d'apporter chaque jour des perfectionnements nouveaux. Mais cette richesse n'est-elle pas un peu stérile ? Ce travail incessant ne révèle-t-il pas un besoin de la pratique médicale non encore complètement satisfait ? Eh oui, sans doute. Tout le monde reconnaît que la plupart des préparations ferrugineuses sont loin d'être parfaites ; qu'il est un grand nombre de malades qui ne peuvent les supporter, quels que soient les adjuvants qu'on associe au médicament principal. Tous les praticiens ont observé les phénomènes gastralgiques, les irritations intestinales, les constipations, les colorations noires des dents, etc., qu'elles déterminent si souvent. On sait combien il est fréquent que ces préparations, administrées sous forme de poudres ou de pilules, traversent les voies digestives sans rien céder à l'économie et sans produire aucune action médicinale. Ainsi s'expliquent et se justifient les dernières recherches, qui ont eu pour résultat la création très-scientifique d'un produit plus pur, plus finement préparé, si l'on peut ainsi dire, le FER BRAVAIS (fer dialysé), qui semble remarquablement approprié aux indications médicales, et qui se répand de plus en plus dans la pratique. C'est sur cet intéressant produit que nous désirons appeler un instant l'attention.

Le fer est le remède par excellence de l'anémie ; mais l'anémie est un effet, et les causes en sont nombreuses. Or, il est remarquable que la médication ferrugineuse est applicable à anémie, quelle qu'en soit la cause, à très-peu d'exceptions près, qui même sont contestables. C'est ce qui fait que le champ d'application du fer, en médecine, est si vaste.

En tête des maladies qui doivent être considérées comme source de l'anémie et qui réclament l'emploi des ferrugineux, il faut placer la chlorose, avec le cortége des accidents nerveux qui la précèdent ou l'accompagnent, tels que les spasmes, les névralgies, l'hystérie et la dyspepsie nerveuse, si fréquente dans cette maladie, qui établit un déplorable cercle vicieux ; car la dyspepsie produit l'anémie, et l'anémie est une cause de dyspepsie. A cette condition se rattachent, dans une foule de cas, les troubles de la menstruation, l'aménorrhée, la dysménorrhée, et la stérilité, qui en est si souvent la conséquence. La leucorrhée, en général si difficile à guérir, après une durée plus ou moins longue, s'accompagne presque toujours d'anémie, et alors, sans l'intervention du fer, elle s'éternise. Dans les convalescences, combien de fois ne se heurte-t-on pas contre une anémie qui, sans le bienfaisant métal, serait un grave obstacle à la reconstitution des forces ? Dans les maladies chroniques, on observe tous les jours les mêmes effets et la nécessité de la même médication. L'indication est frappante en particulier dans la plupart des maladies organiques ; par exemple, dans les maladies anciennes du cœur, caractérisées par l'insuffisance des orifices, par l'asystolie, et compliquées d'hydropisie, d'engorgements viscéraux dont l'organisme débilité ne peut se délivrer ; dans les cachexies cancéreuse, paludéenne, saturnine, où la décoloration anémique du sang devient si évidente ; dans les diathèses scrofuleuse, tuberculeuse ; dans la seconde et la troisième période de la syphilis. La grossesse n'est-elle pas aussi une cause fréquente d'anémie qui appelle impérieusement l'emploi du fer ? Combien d'enfants mal soignés, mal nourris,

qui ne peuvent se relever qu'avec son aide ? Très-souvent, l'usage du fer devient un des éléments nécessaires de l'hygiène de la vieillesse, dans les conditions du sang qui constituent ce qu'on appelle l'anémie des vieillards. Mentionnons aussi les anémies qui ont pour causes les diverses espèces d'hémorrhagie.

Dans tous ces états morbides, dont il serait facile d'allonger la liste, et qui embrassent une portion considérable de la pathologie humaine, l'anémie est un des phénomènes les plus saillants, et elle arrive, en s'aggravant de plus en plus, à jouer le principal rôle dans le processus de destruction ; de telle sorte que, le plus souvent, modifier favorablement l'anémie par l'intervention du fer, c'est tantôt préparer la guérison définitive du malade, tantôt au moins prolonger son existence.

Comment agit le fer contre l'anémie, et sous quelle forme est-il le plus apte à produire ses effets reconstituants ?

Nous allons nous efforcer de répondre à ces deux questions.

L'anatomie pathologique de l'anémie, au point de vue du sang, est loin d'être complétement élucidée. Dans cette nosohémie, s'il est incontestable que le plus souvent le nombre des globules rouges a diminué, quelquefois même d'une manière considérable, il s'en faut de beaucoup que cette diminution constitue toute l'altération. Les globules rouges sont altérés dans leur dimension, dans leur forme et surtout dans leur coloration. Cet abaissement de leur pouvoir colorant est dû à l'abaissement de la proportion normale de leur fer constitutif. Ainsi altéré, le sang, qui a pour mission de nourrir les éléments histologiques, n'apporte plus des matériaux normalement élaborés aux tissus de l'économie, en particulier aux centres nerveux, aux glandes, aux membranes, dont la vitalité s'affaiblit et dont les importantes fonctions ne s'accomplissent plus que d'une manière imparfaite. Dans ces conditions, « si l'on redonne au sang les éléments principaux qui lui manquent, on le rend de nouveau apte à influencer régulièrement l'économie. Or, le fer remplit ce but. » (*Trousseau et Pidoux*, 1873, t. I, p. 19.) Par quel mécanisme ? La science est encore muette à cet égard : mais c'est un fait. Voici d'ailleurs comment s'exprime à ce sujet M. le docteur Hayem : « Introduit dans l'organisme, le fer, qui constitue une des parties principales de l'hémoglobine, semble solliciter les globules à se charger d'une quantité plus grande de matière colorante, et cette action se produit dans toutes les anémies, alors que, l'organisme étant épuisé, la reproduction des globules rouges est presque complétement entravée. » (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, juillet 1877.)

Maintenant, quelle est la préparation ferrugineuse qui convient le mieux pour remplir ce but ? Est-ce une de ces préparations qui traversent inaperçues le tube digestif et en sortent comme elles y sont entrées ? Ou bien une de celles, au contraire, qui donnent lieu à des douleurs intestinales et à de la diarrhée ? « Il est évident, dit M. Bravais, que toutes les fois qu'on administre une préparation martiale quelconque, phosphate, citrate, lactate, carbonate, iodure, etc., l'estomac, pour en absorber une partie, est obligé de se livrer à un travail de décomposition et de réduction de ces sels, afin que les acides gastriques puissent ensuite les attaquer (à l'état d'oxyde) et former des sels solubles. De là, chaleur de l'épigastre, éructations sulfureuses et tous les inconvénients résultant de cette opération chimique. » (*Rev. de thér. méd. chir.*, 1er avril 1877.)

La préparation qui nous paraît la plus propre à remplir les indications, sans fatigue pour les organes, parce qu'elle est absorbée d'emblée, et, par conséquent, va directement rendre aux globules rouges leur matière colorante, leur organisation et leur action vitalisante sur les éléments histologiques, c'est le fer dialysé Bravais, *hydrate de fer soluble*, suivant l'expression exacte

de notre honorable confrère, M. le docteur Bertherand. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 25 mai 1876.) Nous sommes heureux de faire connaître le nom du chimiste, M. Bravais, à qui nous devons cette préparation, parce qu'en réalité c'est lui qui a trouvé la formule, le *modus operandi;* ce qui est un fait capital au point de vue pratique.

Du reste, voici comment M. Bravais, dans le n° cité de la *Revue de thérap.*, expose très-savamment et très-loyalement l'opération sur laquelle se fonde son procédé : « Lorsqu'on veut *dialyser* un corps quelconque, colloïde ou cristalloïde, sel, acide, amidon ou fécule, on le place dans un récipient de verre recouvert d'une coiffe de baudruche, ou dans un vase poreux. On plonge le tout dans l'eau distillée. Au bout d'un certain temps, par le fait de l'endosmose, ou diffusion, les colloïdes restent dans le dialyseur, et les cristalloïdes se dissolvent dans l'eau distillée.

« M'appuyant sur cette singulière propriété de l'*inégale diffusion des corps colloïdes et cristalloïdes*, en dissolvant d'abord, dans un équivalent d'acide, 30 à 40 équivalents d'oxyde de fer, et en les plaçant dans le récipient dialyseur, j'arrivai après soixante à quatre-vingts jours de préparation, et en renouvelant le bain chaque jour, à retirer l'équivalent d'acide ayant servi à la préparation de l'oxyde de fer (ce dernier, étant dans la classe des cristalloïdes, avait passé à travers la membrane de haut en bas), et à remplacer cet équivalent d'acide par un équivalent d'eau qui, par une espèce de courant établi pendant tout le temps de la préparation, est monté de bas en haut, et a suffi pour tenir en dissolution une aussi grande quantité d'oxyde de fer. Comme résultat final, on obtient une préparation de fer très-concentrée, contenant de 30 à 40 équivalents d'oxyde de fer, tenus en dissolution dans *un simple équivalent* d'eau, à l'exclusion de tout acide, puisque cet acide est passé dans le bain du dialyseur..... On comprend alors que ce fer *purifié,* à l'état d'*oxyde concentré,* c'est-à-dire uni simplement à l'oxygène et à l'eau, *à l'exclusion de tout acide*, arrivant au contact des acides lactique et chlorhydrique de l'estomac, se transforme immédiatement en chlorure et lactate solubles qui (comme l'a dit si judicieusement notre savant professeur Gubler), « engendrés sur place et ab» sorbés instantanément passent, sans » aucun effort, dans le torrent de la cir» culation. »

Voici comment, avec l'auteur (*loc. cit.*), on peut résumer les qualités de son produit : Il est exempt de tout acide; — il n'a ni odeur ni saveur, au contraire des autres ferrugineux, dont la saveur styptique et atramentaire est très-prononcée; — il ne noircit jamais les dents, propriété qu'il possède seul entre toutes les autres préparations martiales ; — son ingestion ne détermine aucun malaise gastrique, ni dérangement intestinal; — il ne constipe pas, ne cause aucune éructation et ne change pas la nuance des excréments; — il se mélange facilement à tout liquide : eau, vin, café, etc., dans lesquels il est soluble ; son ingestion est donc des plus faciles.

Un mode très-facile d'employer ce produit liquide, c'est de verser les gouttes sur un morceau de sucre.

La dose est de 20 à 40 gouttes par jour.

Il résulte de ce qui précède, que le fer Bravais est un médicament sérieux, qui mérite toute l'attention du corps médical. Il est, sans conteste, appelé à rendre les plus grands services dans le traitement d'un grand nombre de maladies.

GYNÉCOLOGIE

—

Des déviations utérines et des moyens d'y remédier sans recourir aux instruments destinés à être portés dans les cavités naturelles (1).

ANTÉVERSION. — Supposons qu'il s'a-

(1) Suite. Voir le numéro du 1er octobre.

gisse d'une antéversion, c'est le cas le plus fréquent, en même temps qu'il est le plus simple. Voici comment on pourra s'y prendre.

Sur un canapé, ou même sur le parquet préalablement recouvert d'un tapis ou d'un drap, on dispose quelques coussins de manière à former un siége de 30 à 35 centimètres d'élévation.

La femme s'y assied, et d'une main placée derrière son dos on la soutient en l'engageant à se renverser en arrière jusqu'à ce que la tête et les épaules touchent le sol, le bassin restant toujours sur les coussins, on fait fléchir légèrement les cuisses et les jambes, et l'on s'assure que les muscles abdominaux sont dans le relâchement le plus complet.

Dans cette position déclive du tronc, les circonvolutions intestinales tendent à abandonner le bassin pour se porter du côté du diaphragme. Le fond de l'utérus n'est plus comprimé, il devient parfaitement libre. Si l'opérateur porte alors l'index de la main droite en arrière du col utérin, que l'antéversion a rejeté vers le rectum, il lui est très facile de le ramener en avant. Il en résulte pour le corps de l'utérus un mouvement en sens inverse par lequel il se redresse et reprend sa place. On peut encore favoriser ce mouvement en se servant de la main gauche pour déprimer la paroi abdominale au-dessus du pubis, où le fond de l'utérus est facilement senti et peut être repoussé en arrière.

Jusqu'ici, rien que de très-ordinaire, rien qui s'écarte beaucoup de la pratique habituelle.

Mais voici le point véritablement important et auquel personne ne paraît avoir songé.

Il s'agit de s'arranger de telle façon que lorsque les anses intestinales reviendront prendre place au-dessus et autour de l'utérus, elles se disposent convenablement pour assurer la position qui vient de lui être rendue.

On obtient ce résultat par la simple précaution de ne pas abandonner l'utérus à lui-même pendant que la femme se redresse d'abord sur son séant, puis revient à la position verticale.

Dès les premiers efforts qu'elle fait pour relever les épaules, les muscles abdominaux se contractent et repoussent l'intestin vers le bassin. Quand elle s'est mise debout, son propre poids le ramène dans le même sens. Si vous avez eu le soin, pendant tout ce temps-là, de laisser le doigt dans le vagin et de maintenir l'utérus en place, les anses intestinales viendront d'elles-mêmes remplir les vides autour de lui, et il ne pourra pas reprendre sa position vicieuse.

Le contraire serait advenu s'il avait été abandonné à lui-même avant que la malade fût debout. Dès les premières pressions il aurait été refoulé en avant et il n'y aurait eu rien de fait.

Rien de plus simple, on le voit, que cette manière de procéder. La seule difficulté, si c'en est une, consiste, tout en maintenant l'utérus avec le doigt, à faire en sorte qu'en se relevant, la femme évite les mouvements désordonnés, qu'elle ne se jette pas sur un côté ou sur l'autre, dans la crainte qu'une contraction partielle ou irrégulière des muscles n'amène une pression portant sur une portion de l'intestin et non sur sa totalité, ce qui pourrait nuire à sa distribution régulière autour de l'utérus.

Un aide est donc assez utile pour régulariser les mouvements en soutenant la malade pendant qu'elle se relève. On peut néanmoins s'en passer. Presque toujours j'ai opéré seul, et n'en ai pas moins réussi à mener les choses à bien.

On peut lâcher le col dès que la femme est debout. On fait faire quelques pas à celle-ci afin de favoriser le tassement des anses intestinales, et l'opération est terminée.

Chose qui, sans doute, va paraître étrange, *toujours*, sans exception aucune et quoi qu'il doive advenir plus tard, dès que la manœuvre est terminée, la

femme déclare qu'elle se sent tout autre, qu'elle ne souffre plus, qu'elle est guérie.

Elle l'est, en effet, dans certains cas. J'affirme que quiconque voudra essayer cette manière de faire en rencontrera quelques-uns. Mais, je dois le dire, ils sont malheureusement assez rares, et le soulagement dont se félicite la malade n'est d'ordinaire que momentané.

Nous en avons assez dit pour que l'on comprenne que, même en l'absence de toute complication, la guérison ne peut ainsi s'obtenir du premier coup sans une condition indispensable, c'est que les parois abdominales n'aient rien perdu de leur intégrité. Il faut nécessairement que leur action soit assez puissante pour s'opposer à tout déplacement ultérieur. Or, nous le savons, il est très-rare qu'il en soit ainsi, surtout chez les femmes qui ont eu des grossesses.

Quand la paroi abdominale a conservé une certaine élasticité, on parviendra, quelquefois, à fixer définitivement l'utérus dans sa situation normale, en revenant pendant quelque temps à la charge, à sept ou huit jours d'intervalle. Le malheur, c'est que les femmes, quand elles éprouvent un soulagement notable, renoncent trop vite à venir se soumettre à l'opération. Il faut bien les prévenir qu'elles s'exposent ainsi à tout compromettre.

Quand la paroi est tout à fait insuffisante, on aura recours à une ceinture élastique pour suppléer à son défaut de résistance. Cette ceinture doit être faite sur mesure et par un ouvrier habile, sinon elle serait plus nuisible qu'utile. Elle doit comprimer uniformément le ventre, depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Ce n'est pas la ceinture dite hypogastrique qui convient ici. Il ne s'agit pas de relever pour la soutenir la masse intestinale, mais, au contraire, de la déprimer en la dirigeant vers le bassin. Et comme cette ceinture ne doit pas pouvoir remonter en laissant un intervalle entre son bord inférieur et le pubis, il est fort utile qu'elle soit munie d'un sous-cuisse.

En cas de récidive persistante on reviendra donc à la manœuvre du redressement, la femme étant pourvue de cette ceinture que l'on aura préalablement relâchée pour faciliter l'opération, que l'on resserrera aussitôt après et qui ne devra pas être quittée même la nuit.

Un certain nombre de séances semblables répétées tous les cinq ou six jours suffiront souvent pour consolider la guérison. Par prudence, la ceinture devra être encore portée au moins le jour durant quelques mois.

Mais il est des cas plus rebelles en face desquels il ne faut pas cependant s'abandonner trop vite au découragement. On essaiera d'augmenter la constriction de la ceinture. On s'assurera qu'elle remplit convenablement son office. Pour peu qu'elle paraisse défectueuse, on n'hésitera pas à la remplacer. On aura soin de s'opposer à l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin. C'est là un obstacle très-sérieux et qui peut tout compromettre.

On ne négligera pas d'agir, suivant les indications, sur l'état local et général du sujet à l'aide de toutes les ressources de la thérapeutique et de l'hygiène : injections astringentes, frictions stimulantes autour du bassin, bains sulfureux, bains de rivière, bains de mer, douches froides *intùs et extrâ;* toniques de toute sorte, analeptiques et huile de foie de morue, chez les personnes amaigries, quand on peut supposer que par la perte de tout ou partie de son tissu adipeux, le paquet intestinal n'a plus un volume suffisant pour remplir la cavité abdominale et servir de point d'appui aux muscles abdominaux.

Quant à la manœuvre du redressement, on y reviendra tous les deux ou trois jours, tous les jours, s'il le faut, puisque la chose est exempte de tout inconvénient.

A mesure que les forces de la malade se reconstituent, que la fibre re-

trouve sa tonicité, que les tissus deviennent plus résistants, le jeu des organes se régularise, l'utérus mieux étayé finit par rester en place, et l'on arrive ainsi à compter un succès, là où par défaut de persévérance on aurait eu un échec à enregistrer.

Disons le, toutefois, il est des cas où la paroi abdominale est si endommagée que la femme est à jamais condamnée à ne pas plus quitter sa ceinture, qu'un malade atteint de hernie ne se sépare de son bandage.

On est d'autant mieux autorisé à agir comme je viens de l'indiquer qu'au moins on est bien certain de ne pas nuire. C'est là, on en conviendra, un grand avantage sur tous les autres modes de traitement proposés jusqu'ici.

Pour faire la preuve de l'efficacité de la méthode que je préconise, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de multiplier les observations, bien que le nombre des malades que j'ai traitées soit déjà considérable. Ces observations, qui auraient l'inconvénient de se ressembler beaucoup, donneraient trop d'étendue à ce travail. J'en prendrai deux seulement qui peuvent être présentées comme types.

La première se rapporte à une jeune femme chez laquelle la guérison a été instantanée. Il est vrai qu'il s'agissait d'un traumatisme. Mais, je le répète, j'ai vu des guérisons tout aussi promptes dans des cas différents. Dans la seconde, au contraire, ce n'est que lentement et péniblement que la guérison a été obtenue.

Observ. 1. — Une femme de vingt et un ans, en bon état de santé, n'ayant pas eu d'enfant, fait une chute dans un escalier. Elle tombe sur le siége et glisse sur plusieurs marches dans la position assise. En se relevant, elle accuse une douleur des plus vives, elle assure qu'elle a senti quelque chose se briser dans le bas-ventre. Un médecin appelé au moment de l'accident ne constate l'existence d'aucune lésion et se borne à l'expectation.

Quinze heures après je suis mandé auprès de la malade par une lettre du Bureau de bienfaisance. Je la trouve toujours en proie à la même souffrance et poussant par intervalle des cris plaintifs. Pas de sensibilité exagérée quand on presse les parois abdominales. Pas de modification notable du pouls; pas de nausées, pas de vomissements; rien qui fasse craindre une péritonite. J'explore le bassin et la région du coccyx, pensant qu'il pouvait exister là une luxation ou une fracture. Je ne découvre rien. Je porte alors le doigt dans le vagin et je constate que l'utérus est dans l'antéversion la plus complète. Il n'est pas, néanmoins, aussi douloureux au toucher que l'on aurait pu le supposer d'après l'intensité des souffrances spontanées.

Immédiatement je fais l'application de mon procédé de réduction, qui ne présente aucune difficulté.

La douleur cesse à l'instant même pour ne plus reparaître. Je revois cette femme les jours suivants et quelques semaines après. Elle n'a conservé aucune trace de l'accident.

Observ. 2. — Une veuve de trente-quatre ans, maigre, un peu pâle, assez bien réglée, dans un état de santé générale assez satisfaisant, ayant eu un seul enfant, vient me demander avis dans les circonstances suivantes :

Elle n'avait jamais subi sans douleur les approches de son mari, mort déjà depuis dix ans; et, depuis cette époque, elle éprouvait une gêne considérable dans le bassin, une constipation opiniâtre et des pesanteurs très-pénibles avec tiraillements douloureux du côté des lombes et des aines. Elle se sentait, disait-elle, trop malade pour accepter une proposition de mariage qui venait de lui être faite dans des conditions extrêmement avantageuses pour elle. Avant de répondre par un refus formel, elle avait néanmoins voulu me consulter.

Je reconnais qu'il existe chez elle une antéversion très-prononcée. L'utérus paraît assez mobile, ce qui me fait espérer qu'il sera facile de le redresser.

Je me mets à l'œuvre séance tenante, et dès que la malade s'est remise debout elle assure, ainsi que cela a lieu toujours à la suite de l'application de mon procédé, que tout est changé en elle, qu'elle est guérie. Je l'engage à revenir huit jours après pour voir où en sont les choses. A son retour, j'ai le regret de constater que le déplacement s'est complètement reproduit, bien que les souffrances soient moins pénibles.

La paroi abdominale paraît en assez bon état, ce qui ne m'empêche pas de conseiller une ceinture très-serrée, en raison de l'état de maigreur de la malade, et je reviens à la manœuvre du redressement tous les huit jours, la malade étant toujours munie de sa ceinture.

Entre temps, je fais faire des injections à l'acide tannique, je vide souvent l'intestin avec l'huile de ricin, je donne du fer, du quinquina et même de l'huile de foie de morue pour tâcher de ramener de l'embonpoint. Je fais prendre des bains sulfureux. Je rapproche les séances de redressement, et néanmoins la récidive se reproduit avec une désespérante facilité.

Cependant en voyant la malade, qui d'ailleurs souffrait beaucoup moins qu'autrefois, perdre de sa maigreur, prendre de la force, je conserve de l'espoir. Vers la fin du troisième mois de traitement, je la fais venir quotidiennement afin de laisser à peine à l'utérus le temps de quitter la position que je lui rends tous les jours ,et un mois après elle se sent si bien qu'elle se décide, sur le conseil que je lui donne après avoir constaté que l'utérus est en bonne situation, à contracter le mariage projeté.

Chose singulière, les approches du nouveau mari loin d'êtres pénibles et douloureuses comme l'étaient celles du premier, semblent, au contraire, suivant l'expression de la malade, lui faire du bien. Il y a aujourd'hui plusieurs années qu'elle est en ménage et elle peut être considérée comme parfaitement guérie.

Après avoir porté la ceinture abdominale pendant sept à huit mois, elle avait pris sur elle de la mettre de côté sans venir m'en demander l'autorisation. Trois ans après le commencement du traitement, j'ai revu cette dame et constaté que toutes choses étaient dans l'état le plus satisfaisant. Elle avait déjà à cette époque un certain embonpoint. Il n'est pas douteux que le tissu adipeux, en se développant dans le paquet intestinal, lui a donné plus de volume et a ainsi rendu suffisamment efficace l'action compressive de la paroi abdominale.

Rétroversion. — Ici la réduction n'est pas tout à fait aussi facile que pour l'antéversion

Lorsque la femme a été placée, ainsi que nous l'avons indiqué, si l'on veut ramener en avant le corps de la matrice déjeté sur le rectum, il faut avec l'indicateur aller chercher le col qui se trouve appliqué contre la vessie ou quelquefois même contre le pubis. L'on éprouve alors quelque difficulté à le ramener en arrière par la raison que, dans cette position, le doigt de l'opérateur n'a pas à agir dans le sens de la flexion et qu'il ne fait effort que dans le sens latéral.

Le mouvement de redressement pourrait être favorisé par l'introduction dans le rectum d'un autre doigt qui repousserait en avant le fond de l'utérus. Mais il faudrait être deux, chose assez désagréable pour une femme.

En somme, avec un péu de patience et d'adresse on réussit le plus souvent sans le secours d'un aide.

D'ailleurs, on peut, au besoin, s'y prendre autrement : on change la position de la femme, on la met à genoux sur les coussins en lui faisant abaisser en avant la tête et les épaules jusqu'au contact du sol. On porte alors le doigt dans le vagin à *posteriori*, ce qui donne beaucoup plus de facilité pour aller accrocher le col et le tirer en arrière. Mais cette position a un désavantage. Le relâchement des muscles n'est pas aussi complet.

A part des légères différences dans le manuel opératoire, tout le reste, on le comprend, doit se passer comme dans les cas d'antéversion. Je n'ai pas à y revenir.

Pour rendre les manœuvres plus sûres et plus faciles j'avais autrefois songé à faire fabriquer un lit à bascule disposé de façon que la patiente, une fois placée horizontalement sur le dos et assujettie par quelques courroies, on put à l'aide d'une manivelle renverser la couchette en dirigeant la tête en bas et les pieds en haut. La déclivité du tronc aurait pu être ainsi portée aussi loin que possible et la réduction du déplacement utérin une fois obtenue, on aurait ramené la femme à la position verticale sans qu'elle eût à exécuter un seul mouvement.

En outre, on aurait pu se ménager dans la couchette un espace vide correspondant à la partie inférieure du tronc.

Dans le cas de rétroversion, la femme se serait couchée sur la face antérieure du corps de manière à placer dans cet espace vide l'abdomen, qui n'aurait pas eu par conséquent de compression à subir et dont la paroi se serait trouvée dans le relâchement le plus complet. Dans cette situation, le doigt introduit *à posteriori* et porté sur le col n'aurait eu aucune difficulté à le ramener en arrière.

Il n'est pas douteux qu'un pareil lit apporterait une simplification et un perfectionnement considérables à notre procédé.

Ne m'étant proposé, ainsi que je l'ai annoncé, que de m'occuper de quelques points de la question des déviations de la matrice, j'ai supposé jusqu'à présent l'absence de toute complication.

Ai-je besoin de dire que lorsqu'il en existe et surtout quand la lésion que l'on rencontre agit comme cause du déplacement, il faut la combattre par un traitement convenable. Je ferai remarquer seulement, qu'en raison de l'innocuité de la manœuvre, on doit toujours commencer par essayer de remettre les choses en place. Si l'on réussit ce sera une condition qui ne pourra que faciliter la guérison de la complication.

Je veux faire une dernière remarque à l'adresse de ceux qui croiraient devoir persister, quand même, dans l'emploi de moyens mécaniques. Je ne saurais d'ailleurs refuser de convenir qu'il est deux variétés des déviations utérines : l'*antéflexion* et la *rétroflexion*, dans le traitement desquelles les manœuvres purement manuelles ne peuvent trouver qu'une application très-limitée. En empruntant à notre procédé tout ce qui peut faciliter et maintenir le redressement de l'utérus, il serait possible, ce me semble, de laisser beaucoup moins longtemps en place les instruments portés dans cet organe, ce qui diminuerait d'autant le danger résultant de leur contact avec des surfaces peu habituées à leur présence. C'est ainsi que les idées que je viens d'exposer pourraient avoir leur utilité pour ceux-là même qui ne reculent pas devant une thérapeutique plus aventureuse que celle que je voudrais faire prévaloir.

Dr Fontès.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Du pronostic de l'hydarthrose du genou. — L'étiologie, la marche plus ou moins franche, plus ou moins insidieuse de l'hydarthrose, les proportions, la durée de l'épanchement, son ancienneté même, ne peuvent être

considérées comme jouant un rôle prépondérant sur l'évolution ultérieure de l'affection.

Il est, par contre, un élément du pronostic qui, indiqué incidemment par Bonnet, nous a paru avoir un rôle prépondérant; nous voulons parler de la *constitution du sujet*. 17 fois nous l'avons trouvée parfaite (ni rhumatisme, ni scrofule, ni lymphatisme) et ces 17 fois la guérison a été complète et assez rapide. 28 fois, au contraire, nos malades étaient entachés d'un de ces vices constitutionnels que nous venons de signaler et 21 ont conservé, qu'elle qu'ait été la cause, nous le répétons, des lésions articulaires plus ou moins profondes :

Chez les rhumatisants confirmés, comme aussi chez les sujets travaillant continuellement dans des lieux humides, l'hydarthrose persiste, les cartilages s'altèrent, des craquements se montrent. L'arthrite sèche termine la scène.

Chez les scrofuleux : tendance nulle à la résorption, état stationnaire de très-longue durée (dans un cas 28 mois), puis apparition des fongosités.

Chez les sujets faibles et débiles les conséquences sont non moins spéciales. On voit généralement le liquide diminuer assez vite sous l'influence du traitement, puis, un jour donné, les progrès s'arrêtent. L'hydarthrose a pris droit de domicile. Elle est toutefois si peu marquée qu'on aurait lieu de croire à une guérison presque absolue, si l'on ne constatait des mouvements anormaux de la jambe, dus, sans doute, à la laxité des ligaments. Chez deux adultes femmes où nous avons constaté cette disparition, l'état était encore le même : chez l'une treize mois, chez l'autre deux ans et demi après le début.

L'*âge* n'a pas une importance moindre. Chez les vieillards, toute hydarthrose est d'un pronostic réservé; l'arthrite sèche n'est pas loin. Chez l'enfant, chez l'adolescent, la tendance est vers la tumeur blanche et le relâchement des ligaments. Toutefois, tant que les fongosités n'existent pas, on peut, à cet âge, quelle que soit l'ancienneté du mal, espérer sa guérison et le retour *ad integrum*.

A côté de ces notions principales tirées de l'âge et de la constitution du sujet, nous croyons devoir placer quelques indications fournies par les signes physiques. Laissant de côté, malgré l'assertion de Boyer, le volume de l'épanchement et la nature du liquide (1), nous n'attirerons l'attention que sur deux signes, tous deux précoces et tous deux nous ayant paru avoir une valeur sérieuse; nous voulons parler de la mobilité anormale rapide de la jambe et de l'épaississement du cul-de-sac supérieur de la synoviale. Nous avons déjà parlé du premier de ces signes, nous n'y revenons que pour signaler son apparition sous nos yeux et malgré un appareil compressif au quinzième jour une fois, dès le huitième une autre. Moins précoce est l'induration de la synoviale; nous ne l'avons rencontrée qu'à partir de la troisième semaine, souvent même beaucoup plus tard. Propre à l'hydarthrose rhumatismale, elle se montre sous forme de bourrelet dur, situé au point supérieur de réflexion de la synoviale et dessinant un croissant de plus en plus complet. Toutes les fois que nous l'avons trouvée, il s'agissait soit d'hydarthrose à répétitions, soit d'une arthrite sèche en perspective.

En résumé : l'âge et la constitution du sujet sont les véritables agents du pronostic. (Nous ne rencontrons que deux exceptions à cette règle sur 40 observations). L'état de la synoviale complétera ces données premières et pourra, au besoin, faire reconnaître l'état de la santé générale. (*Le Scalpel.*)

La vue faible et les lunettes, par M. B. Dhanens, d'Anvers (*Annales*

(1) Peut-être la nature du liquide retiré par la ponction pourrait-elle fournir des renseignements précieux ?

de la Société de médecine d'Anvers). — Voici en quelques mots les conseils de l'auteur sur le choix des lunettes, pour les diverses catégories de vue faible.

1° MYOPIE. Verres à surface sphériques concaves, dont la force est d'autant plus grande que le numéro est moins élevé. Un œil normal, reconnaissant à un bon éclairage les lettres n° XX de l'échelle de Suellen, à la distance de vingt pieds, le verre concave le plus faible, qui lui donnera cette faculté, indiquera le degré de la myopie d'un individu. On dit alors que la myopie est neutralisée. Toutefois, il est des cas où le myope se trouve bien de ne pas neutraliser complétement sa myopie et d'employer des verres qui ne la corrigent pas complétement. Il en est ainsi pour les degrés élevés de cette infirmité (au-dessus de 1/5), accompagnés généralement d'une certaine diminution de la force visuelle. En pareils cas, les lunettes concaves, qui rapetissent sensiblement les images des objets, rendraient la vue plus difficile. Dans ces conditions, on prendra des lunettes moins fortes, qui permettent, par exemple, le travail à la distance de trois décimètres, le malade qui les porte pouvant mettre, au devant de ses lunettes, un lorgnon tel, que les deux verres réunis neutralisent sa myopie, quand il veut voir distinctement à distance.

2° HYPERMÉTROPIE. Dans ces cas, on peut dire, d'une manière générale, qu'il faut prendre le verre convexe le plus fort avec lequel le malade voit encore bien à une distance de vingt pieds, par exemple, le n° XX de Suellen.

3° ASTIGMATISME. Cette forme de la vue faible réclame des verres cylindriques, lesquels ne réfractent la lumière que dans une seule direction, ce qui fait qu'elles n'influencent pas la direction des rayons lumineux qui les traversent perpendiculairement à cet axe ou dans une direction intermédiaire. La direction de cet axe, tout aussi bien que le numéro du verre, sont donc d'une importance extrême, dans la correction de l'astigmatisme. Quand cette anomalie existe, chez un myope, ou chez un hypermétrope, il faudra des verres composés (sphéro-cylindriques) pour corriger les deux anomalies cœxistantes.

4° PRESBYTIE. — Il est irrationnel d'éviter les lunettes, dès que leur emploi devient nécessaire. Leur choix est ici d'une moindre conséquence que dans la myopie. D'une manière générale, le degré des verres connexes à prendre variera, dans un cas donné, d'après la distance à laquelle les différentes occupations doivent s'exécuter. On choisira donc des verres qui rendront la vue la plus nette à la distance désirée.

Sur les indications de la thoracenthèse. — M. Potain, rappelant les indications de la thoracenthèse, abondance du liquide épanché, ancienneté et nature de l'épanchement, gêne circulatoire qu'il détermine, insiste particulièrement sur le diagnostic de l'abondance de l'épanchement et sur la difficulté qu'apporte à ce diagnostic l'hyperhémie pulmonaire.

Les difficultés du diagnostic relatif à l'abondance du liquide épanché tiennent surtout aux degrés variables d'affaissement du poumon et aux adhérences qu'il a pu contracter avec la paroi. Quand ces adhérences sont partielles, elles ne jouent qu'un faible rôle et n'empêchent nullement le poumon d'abandonner la paroi thoracique et de se laisser refouler par le liquide. Mais l'hyperhémie pulmonaire, quand elle existe à un degré prononcé, diminue la rétractilité du poumon, qui reste volumineux, plonge dans le liquide et produit ainsi une élévation du niveau de l'épanchement que l'on peut croire dès lors beaucoup plus abondant qu'il ne l'est en réalité.

M. Potain pense que les signes les plus certains de la congestion pulmonaire associée à l'épanchement consistent dans l'étendue considérable du souffle et dans la persistance des vibra-

tions thoraciques beaucoup plus bas que le niveau du liquide. C'est à la congestion pulmonaire qu'il faut attribuer la *crépitation pleurale*. M. Potain pense que cette crépitation est absolument différente du frottement pleural; elle est fine, sèche et *limitée à l'inspiration;* si elle était due à un frottement pleural, elle devrait se faire entendre aux deux temps.

L'extraction *totale* du liquide constituant une condition favorable à la production de la congestion pulmonaire, qu'on voit si souvent suivre la thoracenthèse, il faut chercher à n'extraire qu'une partie du liquide épanché, et pour cela posséder des indications aussi précises que possible sur les degrés de l'évacuation de la plèvre aux différents instants de l'opération. Dans ce but, M. Potain adapte au tube aspirateur un petit manomètre qui indique, chaque fois qu'on met sa cavité en rapport avec la cavité pleurale, les différents degrés de l'aspiration thoracique, laquelle augmente à mesure qu'on enlève du liquide. Quand on voit augmenter brusquement cette aspiration pleurale, on interrompt l'écoulement du liquide. (*Congrès du Havre.*)

Traitement rationnel du varicocèle.—L'auteur rapporte trois observations qui, quoique fort succinctes, sont très-instructives et nous présentent sous son véritable point de vue la lésion connue et trop souvent traitée chirurgicalement sous le nom de varicocèle. La première a trait à un étudiant âgé de 25 ans, ancien capitaine de cavalerie dans les armées susdites. Il se présenta à l'auteur avec une tumeur variqueuse du cordon du volume d'un œuf qui le rendait fort malheureux, le suppliant de l'en débarrasser. L'opération lui fut nettement refusée, et M. Copeland se borna à lui prescrire quelques moyens palliatifs. Trois ans après, il apprenait que son patient était marié et père de famille; qu'il était guéri de son varicocèle, et demeurait convaincu lui-même que toutes ses souffrances avaient été imaginaires.

Chez un second jeune homme, âgé de 24 ans, une tumeur non moins volumineuse que dans le cas précédent siégeait sur le cordon. Le patient, convaincu qu'elle finirait par amener la destruction du testicule, était en proie à une vive inquiétude, quand par bonheur un durillon qu'il avait au pied droit vint à s'enflammer. Les douleurs furent si vives, que le patient ne douta pas qu'il y eut métastase sur le pied, de la douleur de son testicule. Guérison immédiate.

La troisième observation est relative à un jeune homme de 27 ans, qu'un varicocèle plonge dans un marasme intellectuel indicible. Il interrompt toutes ses occupations, mais... contracte une blennorrhagie atrocement douloureuse. Le varicocèle est bientôt oublié. Guérison.

De ces observations, M. Copeland conclut que le varicocèle est surtout une affection ayant son siége dans le cerveau, que ce n'est qu'une forme de cet état connue sous le nom de génitomanie, et que, par conséquent, il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement.

— Comme le docteur Copeland, j'ai déjà eu l'occasion de refuser à quelques patients de les opérer pour des varicocèles volumineux, et ceux que j'ai revus depuis se félicitent d'avoir échappé de la sorte à une opération inutile et qui n'est pas toujours exempte de danger. Par contre, j'ai rencontré chez certains sujets des varicocèles énormes, n'entraînant aucune incommodité et n'en ayant entraîné aucune, dans un certain cas, pendant plusieurs mois de guerre, à cheval et sans suspensoir..... Le sujet dont il s'agit a eu depuis plusieurs enfants. (*The Boston med. and surg Journ.*)

Rupture spontanée de l'utérus; gastrotomie, guérison de la mère, par le Dr Hart. — La malade, âgée de trente-sept ans, et atteinte d'un rétrécissement du bassin, accouchait pour la quatrième fois. Au mo-

ment où on allait appliquer le forceps, il s'écoule tout à coup par le vagin un flot de sang; les contractions cessent immédiatement et, quelques instants après, il est impossible d'atteindre aucune partie du fœtus; les lèvres de l'orifice utérin étaient flasques, l'abdomen avait complétement changé de forme. Le docteur Hart diagnostiqua une rupture de l'utérus et résolut de pratiquer la gastrotomie. Elle n'eut lieu que dix heures après. La malade fut endormie et l'incision faite comme pour l'opération césarienne. Le fœtus qui pesait quatre kilos et demi, fut extrait, ainsi que le placenta, tout le sang et le liquide contenus dans la péritoine. La déchirure portait sur la portion sus-vaginale du col; M. Hart réunit ces incisions par deux points de suture superficielle au fil d'argent et onze épingles perforant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, le péritoine compris. Au bout d'un mois, la malade était guérie.

La rupture de l'utérus est très-rare et se présente une fois sur 3,000 accouchements. La gastrotomie est condamnée par les auteurs; si on examine bien cependant les procédés mis en usage dans ces circonstances, on voit que l'extraction par le forceps expose à de nouvelles déchirures et qu'il est impossible d'enlever le sang épanché dans la cavité abdominale. La gastrotomie, au contraire, permet au besoin de réunir la plaie utérine et semble, si la suture de l'abdomen est faite soigneusement, devoir donner de meilleurs résultats que les autres méthodes employées jusqu'ici. (*Journal néerlandais de médecine.*)

Traitement des brûlures par le bicarbonate de soude. — S'il faut en croire le docteur Waters, de Salem (Etats-Unis), le bicarbonate de soude en application sur les brûlures serait un topique excellent. Dans un congrès récent, tenu par une Société médicale américaine, il a montré sur lui-même toute la valeur du remède qu'il préconise. Prenant une éponge imbibée d'eau bouillante, il fit tomber le liquide sur son poignet droit et se fit une brûlure profonde. Il appliqua alors le bicarbonate de soude et le recouvrit d'un linge mouillé. La douleur disparut presque aussitôt et le lendemain il n'existait plus qu'une légère décoloration de la peau, à la région si fortement lésée. (*Province médic.*)

Trachéotomie pratiquée quatre fois chez le même individu, par le docteur Pugia Thornton. — Un homme de 57 ans contracta un chancre en 1867. Deux ans plus tard survenait une éruption de rupia, accompagnée d'une altération notable de la voix. La dypsnée alla en augmentant, et en 1871 il fallut recourir à la trachéotomie. La plaie fut guérie en quatre ou cinq jours, et au bout de deux semaines le malade reprenait son travail. En janvier 1874, la suffocation ayant de nouveau reparu, il fallut recommencer l'opération. La canule fut laissée en place pendant cinq ou six semaines. En avril 1875, nouvelle opération suivie d'un abcès du cou.

C'est en juin 1875 que M. Thornton vit le malade pour la première fois. A cette époque, les cordes vocales étaient épaisses et ulcérées, et la dypsnée bien que marquée n'était pourtant pas excessive. Au mois de juillet, cependant, il fallut faire la trachéotomie pour la quatrième fois, et l'on fut obligé de recourir à la scie pour diviser les cartilages ossifiés.

Actuellement, l'état du malade est assez satisfaisant, bien que la trachée soit notablement rétrécie et que le passage de l'air soit insuffisant. — (*The medical Examiner.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Potion au bromure de camphre.

M. Patrouillard-Lepage propose le procédé suivant, pour préparer la potion au bromure de camphre :

Bromure de camphre	1 gr.
Huile d'amandes douces . . .	6 —
Gomme arabique	3 —
Eau et sirop	Q. s.

Faites dissoudre le monobromure de camphre dans l'huile à une douce chaleur. D'autre part, délayez la gomme dans son poids d'eau, ajoutez la solution huileuse, et faites une émulsion avec l'eau et le sirop prescrits.

Pilules incisives contre l'oppression

Opium	0.60	centig.
Gomme ammoniaque	3.00	—
Emétique	0.10	—
Scille pulv.	2.50	—
Savon médicinal	3.50	—

Pour 24 pilules, une le matin et une le soir.

Pilules anti-névralgiques

Sulfate de quinine	0.60	centig.
Extrait de paullinia	0.10	—
Extrait de jusquiame	0.15	—
Poudre d'opium	0.10	—

Pour 8 pilules, deux le matin et deux le soir.

BIBLIOGRAPHIE

Essai pratique sur la traction mécanique obstétricale, par le Dr L. Hamon (de Fresnay), *professeur libre d'accouchements.*

Selon une habitude qu'il a depuis longtemps contractée, le Dr Hamon, dans ce nouvel ouvrage, s'inquiète peu des arguments souvent erronés de la théorie et ne se préoccupe que du côté pratique de la question, ce dont nous le félicitons hautement. Après quelques considérations historiques, l'auteur décrit successivement les divers appareils à traction présentés jusqu'à ce jour et, avec autant d'équité que d'indépendance, il en fait ressortir les qualités et les défauts. Il donne ensuite la description de son propre appareil, qu'il est porté à considérer, et nous sommes de son avis, comme le plus simple et le plus grand perfectionnement que l'on puisse réaliser dans l'état actuel de la science.

Cet instrument est d'une telle légèreté et d'un si petit volume, que l'on peut toujours, comme le dit notre savant confrère, l'avoir dans sa poche. Son maniement est des plus simples, son mode d'action irréprochable, et d'après ce que nous avons vu, nous sommes heureux de déclarer que, dans la pratique, son fonctionnement ne laisse rien à désirer.

L'auteur a donné, avec raison, les plus grands développements à la partie clinique de son livre. Il relate, avec tous les détails nécessaires, dix-sept observations choisies parmi le grand nombre de faits qu'il possède. Ces faits mettent en pleine lumière l'innocuité d'une méthode que l'on peut dire tout à fait nouvelle, et que l'indifférence des uns, le parti pris des autres ont empêché, jusqu'à ce jour, de passer dans les habitudes de la pratique. Les faits cités par le Dr Hamon prouvent, jusqu'à la dernière évidence, que la *traction mécanique*, opérée avec un instrument bien établi, constitue une *méthode de douceur* par excellence, qui sauvegarde infiniment mieux que la *traction manuelle*, les intérêts de la mère et de l'enfant, et ceux même de l'accoucheur. Il suffit de lire cet ouvrage, écrit avec autant de conscience que de conviction, pour se convaincre que cette voie, ainsi que le dit l'auteur, est celle de l'avenir, car c'est la voie d'un immense et incontestable progrès accompli dans l'art si difficile des accouchements.

On aurait tort de croire, du reste, que cet ouvrage ne traite que de la traction mécanique. Il constitue, en quelque sorte, un court exposé de *dystocie courante*, si l'on peut s'exprimer ainsi. Le Dr Hamon, aux prises avec les difficultés obstétricales qui se présentent chaque jour dans la pratique, signale les procédés opératoires les plus surs, les plus faciles, et indique les instruments auxquels il convient de recourir de préférence dans tel ou tel cas donné. Il insiste, à chaque instant, sur les raisons

qui militent en faveur du choix de telle ou telle variété de forceps, choix qui, à ses yeux, a une grande importance pour la prompte et heureuse terminaison du travail. Il ne néglige aucune occasion de signaler à ses lecteurs les *petits moyens*, que lui a fait connaître sa longue expérience, pour simplifier les manœuvres tocologiques et faciliter l'emploi des divers instruments obstétricaux.

On peut se convaincre, d'après ce court aperçu, de l'excellent esprit qui règne dans ce nouvel ouvrage du Dr Hamon, et surtout de sa grande utilité pratique. Nous engageons ceux de nos confrères qui se livrent à l'art difficile des accouchements, à le lire et à le méditer. Sous un petit volume et sous une forme attachante, il leur permettra d'étudier en quelques instants, sous toutes ses faces, une question qui, jusqu'ici, n'a pas encore été traitée d'une manière complète, au point de vue spécial où s'est placé l'auteur, c'est-à-dire au point de vue de la pratique.

Quant à nous qui, pendant vingt ans, nous sommes, comme le Dr Hamon, livré à la pratique des accouchements en province, et qui nous rappelons les difficultés inouïes que l'on rencontre quelquefois, à la campagne, dans l'application du forceps, lorsqu'il faut faire cette application, non-seulement sans aides intelligents, mais *sans aide aucun*, nous n'avons qu'un regret, c'est de ne pas avoir connu alors la méthode et les instruments du savant auteur de la traction mécanique. Que de peines ils nous eussent épargnées ! Puissent nos jeunes confrères profiter des regrets que nous exprimons ici !

Dr Brochard.
Lauréat de l'Institut.
Rédacteur en chef de *la Jeune Mère*

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *septembre* 1877.

Présidence de M. Bouley.

Phthisie, prophylaxie.—M. G. Lagneau lit un mémoire sous le titre : *Des mesures d'hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la phthisie.*—Au nombre des mesures d'hygiène publique prophylactiques de la phthisie remplissant le mieux ces conditions biologiques, après avoir exprimé le regret qu'une centralisation administrative exagérée et des travaux publics trop considérables entraînent de plus en plus les ruraux vers les villes où sévit surtout la phthisie, l'auteur indique de créer des gymnases gratuits ; de fonder des prix encourageant à tous les exercices du corps ; d'ouvrir des cours gratuits de chant, de faire des sociétés chorales ; d'établir des sénatoria, de petites et nombreuses maisons agricoles bien aérées, bien retirées, soit à proximité des villes, soit sur le littoral, soit dans les montagnes, pour y recevoir les personnes délicates prédisposées à la phthisie ; de donner aux conseils de salubrité, aux commissions des logements insalubres la mission de prévenir l'encombrement humain dans les ateliers, et d'exiger air et lumière dans toutes les maisons en construction ; de chercher à appliquer la loi sur le travail des enfants dans les manufactures aux jeunes brodeuses et dentellières et autres enfants-ouvriers travaillant prématurément et assidûment chez leurs parents ; de donner plus de temps aux récréations et aux exercices physiques dans les lycées, dans les pensions, des récompenses encourageant les élèves les plus agiles, les plus adroits ; de substituer aux casernes, si fatales à la santé des soldats, les camps ruraux où les jeunes gens ne seraient retenus que le

temps nécessaire à leur instruction militaire, afin d'éviter l'oisiveté de la vie de garnison également préjudiciable au point de vue phthisiogénique, etc.

Du tænia en Syrie.—M. Rochard communique à l'Académie les renseignements qui lui ont été fournis par un médecin de la marine, M. le Dr Talairach, sur le tænia de Syrie. De sa lecture, il résulte que la géographie médicale de ce cestoïde peut être rectifiée. En laissant au botriocéphale le nord de l'Europe, une partie de la Suisse et ces régions de l'Inde qu'on ne fait que soupçonner, on trouve le *tænia solium* preque seul dans les pays où la viande de porc se mange presque crue. C'est le cas de l'Allemagne tout entière. En France, où l'on n'a pas de telles habitudes, où le ver solitaire était rare autrefois, on trouve très-fréquemment aujourd'hui le *tænia inermis*, depuis que la mode s'est répandue d'alimenter les phthisiques et les autres débilités avec de la viande de bœuf crue. Le *tænia inermis* se rencontre, à l'exclusion de tout autre, dans tous les pays musulmans où la chair de porc inspire une horreur véritable. C'est lui qu'on trouve en Syrie, en Algérie, et probablement en Abyssinie. C'est encore lui qu'on doit s'attendre à rencontrer dans tout le reste de l'Afrique; mais ce ne sont là que des présomptions, et c'est surtout dans les questions de parasitisme qu'il ne faut rien avancer que sur des preuves.

Séance du 25 septembre 1877.

Présidence de M. Bouley.

Acide salicylique. — M. Bouchardat craint que M. Sée ne soit pas suivi par ses prosélytes, qui pourraient outrepasser ses idées. M. Bouchardat, tout d'abord, rappelle cette règle importante qu'il a jadis formulée, à savoir qu'il est indispensable de surveiller les organes d'élimination. Or, dans le rhumatisme, la puissance éliminatrice des reins n'est généralement pas lésée, cependant il pourrait y avoir quelque aberration fonctionnelle. Mais, dans la goutte, il n'en est pas toujours ainsi : il y a souvent dans les reins du biurate de soude.

Tout le monde aujourd'hui est d'accord sur l'influence heureuse de l'acide salicylique pour calmer la douleur et le gonflement, pour diminuer la durée du rhumatisme, etc., mais il n'y a encore rien de bien positivement établi sur l'influence du salicylate de soude sur les complications cardiaques ou encéphaliques. Or, dans un agent thérapeutique, que cherche-t-on? Une terminaison heureuse. Chez Chomel, chez Bouillaud, qui traitaient les rhumatismes aigus, l'un par les moyens hygiéniques, l'autre par les saignées coup sur coup, on guérissait tous les malades et on ne connaissait pas les complications cérébrales.

La salicylate de soude a des propriétés physiologiques énergiques, sur la calorification, sur la circulation, sur les systèmes digestif et nerveux. Il faut donc être réservé sur son emploi, et les faits rapportés par MM. Empis et Jaccoud rendent M. Bouchardat un peu tiède à l'égard de ce médicament.

Contre la goutte, le salicylate de soude est utile pour combattre les accès et faciliter l'élimination du biurate de soude en excès dans le sang. On connaît les effets produits par le colchique, on ne connaît pas encore la portée du salicylate de soude.

M. Bouchardat déclare qu'il donnerait la préférence, pour combattre la diathèse polyurique, aux moyens hygiéniques suivants : 1° manger sobrement ; — 2° augmenter la dépense par des exercices quotidiens et par le massage ; — 3° faciliter l'élimination du biurate de soude, en vidant régulièrement et complètement la vessie, en ingérant des boissons aqueuses abondantes, additionnées au besoin de sel de seignette, de bicarbonate ou d'acétate de potasse à doses modérées. M. Bouchardat est bourguignon, propriétaire de vignes et œnophile ; il a achevé sa discussion par un petit plaidoyer *pro vite suâ;* il a

voulu laver le vin de Bourgogne de l'accusation portée contre lui par M. Sée, qui prétend qu'il donne la goutte. Quand on a soin de le boire bon, à quantité modérée, et de le faire précéder d'un verre d'eau fraîche, il ne favorise pas plus le développement de la goutte que ne le fait le vin de Bordeaux.

M. Sée croit que les moyens hygiéniques sont insuffisants pour guérir la goutte, et souvent même impraticables; le salicylate de soude, employé avec modération, lui a donné de bons résultats. Tout en répondant à M. Bouchardat, M. Sée ne fait que répéter ce qu'il a dit dans ses précédentes communications.

M. Jules Guérin, en présence de l'action du salicylate de soude sur le cerveau, le cœur et le poumon, croit qu'il faut s'en tenir à sa méthode par les fonctions locales.

M. Sée ne nie pas l'action du salicylate de soude sur le cerveau, mais il conteste son action sur les poumons et sur le cœur.

Séance du 2 octobre 1877

Présidence de M. Bouley.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. Léon Colin donne lecture d'un mémoire sur la fièvre typhoïde dans l'armée. Voici les conclusions de ce travail :

1° Les causes de la fièvre typhoïde surgissent aussi fréquemment au dehors qu'à l'intérieur des casernes. Dans la majorité des cas, il y a concours de ces deux ordres d'influences morbifiques, et de ce concours résulte une augmentation d'intensité de l'épidémie.

2° La prédominance de la fièvre typhoïde dans l'armée dépend surtout du degré de réceptivité spécial aux agglomérations d'hommes jeunes, robustes, non accoutumés au séjour des grandes villes. Retranchez, de la population d'une petite localité, les enfants, les vieillards, les cachectiques, les personnes, en un mot, qui, par âge ou par santé, sont relativement moins accessibles à l'affection, vous augmenterez évidemment les chances d'atteinte de ceux qui constitueront le noyau de cette sélection.

Ces chances arriveront à leur *maximum*, si l'on soumet cette population, ainsi réduite aux influences de la vie en commun et de la résidence dans une grande ville.

3° L'accroissement actuel de mortalité de l'armée française par fièvre typhoïde est le résultat non pas d'une augmentation d'insalubrité du milieu militaire, mais d'une proportion aujourd'hui plus considérable de jeunes soldats, spécialement enclins à cette affection.

Supposez que le nombre des enfants de troupe soit notablement augmenté, sans doute on constaterait dans la statistique médicale de l'armée, une fréquence plus considérable des affections propres à l'enfance : croup, diphthérie, coqueluche, sans être néanmoins autorisé à considérer l'installation des casernes comme plus favorable qu'auparavant à la genèse de ces maladies.

4° Si l'armée française a été considérée longtemps comme particulièrement sujette à la fièvre typhoïde, cette opinion indique la lenteur de la diffusion des découvertes de l'École de Paris, qui, la première, en a démontré les caractères anatomiques et cliniques.

5° La multiplicité des influences typhoïgènes, leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité considérable, leur dissociation et leur atténuation dans les régiments soustraits au milieu morbifique, semblent indiquer que la cause de la maladie est elle-même inconsistante, décomposable, et ne se résume point en un agent unique, préformé, offrant les attributs des causes exclusives et spécifiques.

6° L'immunité relative des armées en campagne démontre que l'extrême réceptivité du soldat ne suffit pas à la création spontanée de la maladie, dont certaines émanations morbifiques, ré-

sumées dans l'atmosphère des grandes villes, paraissent les causes les plus efficaces.

7° Les résultats obtenus dans l'armée, par l'évacuation des foyers morbifiques, pourraient devenir le point de départ de mesures analogues pour la population civile.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Légion-d'honneur. — Par décret en date du 1er octobre 1877, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'honneur :

M. le Dr Piotay, membre du conseil général de la Dordogne. — M. le Dr Duprada, adjoint au maire de La Réole. — M. le Dr Briand, maire de Genac. — M. le Dr de Lonjon, médecin en chef de l'hôpital de Tours. — M. le Dr Million, médecin de la manufacture d'armes de Saint-Etienne. — M. le Dr Monteils, médecin en chef de l'hospice de Mende. — M. le Dr Loydreau, médecin en chef de l'hôpital de Chagny. — M. le Dr Luiggi (de Blanzy.)

***

Assistance publique. — L'administration générale de l'Assistance publique fait procéder en ce moment à des travaux d'amélioration à divers établissements hospitaliers. A l'hôpital Necker, on construit un laboratoire pour la clinique chirurgicale, dont la dépense s'élèvera à 30,000 fr.; à l'hospice de la Salpétrière, on vient de réinstaller une salle d'hydrothérapie.

***

— Notre excellent et si sympathique confrère, le Dr Chambard, vient d'être nommé vice-président de l'Institut protecteur de l'enfance.

Nous félicitons le conseil d'administration d'avoir porté son choix sur ce médecin, toujours prêt à apporter un concours si dévoué à toutes les œuvres de bienfaisance.

***

— Notre distingué collaborateur, le Dr Moreau-Wolf, est de retour de Lisbonne, où il avait été appelé pour pratiquer la lithotritie chez un richissime banquier, le Roschild du pays. Il doit, sous peu, retourner dans la capitale du Portugal, pour opérer un autre malade. On voit que notre habile confrère a été assez heureux pour rencontrer la source du Pactole. Nos compliments sincères au Dr Moreau-Wolf. Nous le félicitons d'un succès dont l'honneur rejaillit sur la chirurgie française.

***

Applications du téléphone à l'industrie. — Il vient d'être fait en Angleterre une nouvelle application, peut-être la première application industrielle, du téléphone. Jusqu'à ce jour, il n'avait pas été possible de transmettre la voix humaine du fond des galeries à l'ouverture des puits de mine de grande profondeur, et les signaux à l'aide de cordes n'étaient que d'un faible secours. Lundi dernier, le docteur Foster, inspecteur des mines, a procédé, dans les houillères de Saint-Austell, à plusieurs expériences qui ont donné les meilleurs résultats.

Le téléphone, attaché à un fil en cuivre recouvert de gutta-percha, a été descendu dans le puits Eliza, et, au bout d'un quart d'heure, des paroles prononcées au fond de la mine ont été entendues très-distinctement à l'orifice du puits. Des demandes et des réponses ont été ensuite échangées, l'instrument étant placé chaque fois en un point différent et manié par des mineurs qui n'en avaient jamais fait l'essai. (*Un. médic.*)

***

L'arbre à pluie. — Le consul des

Etats-Unis de Colombie, dans le département de Loreto, vient d'écrire au président Prado, pour lui donner de curieux détails sur un arbre qui existe dans les forêts avoisinant la ville de Mogobamba. Cet arbre, appelé par les naturels *Tamai caspi* (arbre à pluie), est doué de propriétés remarquables. Il a environ 18 mètres de hauteur quand il a atteint son développement complet ; son diamètre à la base du tronc est de un mètre. Cet arbre absorbe et condense avec une étonnante énergie l'humidité de l'atmosphère, et l'on voit constamment l'eau ruisseler de son tronc et tomber en pluie de ses branches ; cela avec une telle abondance, que le sol avoisinant est transformé en un véritable marécage. L'arbre à pluie possède cette propriété à un très-haut degré pendant la session de l'été, principalement quand les rivières sont basses et que l'eau est rare ; aussi le consul de Loreto propose-t-il de planter l'arbre à pluie dans les régions arides du Pérou, pour le plus grand bienfait des agriculteurs. (*Un. médic.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du* 13 *au* 20 *septembre*, on a constaté, 768 décès ainsi répartis : variole, 0 ; rougeole, 11 ; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 29 ; érysipèle, 6 ; bronchite aiguë, 25 ; pneumonie, 18 ; dysentérie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 14 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 : angine couenneuse, 14 ; croup, 12 ; affections puerpérales, 2 ; affections aiguës, 227 ; affections chroniques, 324 (dont 138 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 42 ; causes accidentelles, 11.

Du 20 *au* 27 *septembre*, 844 décès ainsi répartis : variole, 2 ; rougeole, 11 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 38 ; érysipèle, 5 ; bronchite aiguë, 28 ; pneumonie, 45 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 18 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 15 ; croup, 10 ; affections puerpérales, 1 ; affections aiguës, 264 ; affections chroniques, 347 (dont 128 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 35 ; causes accidentelles, 22.

Du 27 *septembre au* 4 *octobre*, 881 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 9 ; scarlatine, 0 ; fièvre typhoïde, 31 ; érysipèle, 6 ; bronchite aiguë, 30 ; pneumonie, 57 ; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 4 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 19 ; croup, 16 ; affections puerpérales, 4 ; affections aiguës, 263 ; affections chroniques, 380 (dont 151 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 37 ; causes accidentelles, 24.

NÉCROLOGIE

Le docteur Marius Maigre, qui exerçait avec distinction la médecine à Albertville, vient de mourir à l'âge de 34 ans. Les pauvres perdent en lui leur protecteur le plus dévoué.

L'un des doyens du corps médical de la Gironde vient de s'éteindre à Paris, près de son fils, professeur à la Faculté. Le docteur Broca, plus qu'octogénaire, avait exercé la médecine et la chirurgie avec distinction et dévouement, et pendant de longues années à Sainte-Foy.

Le docteur Jean-Baptiste Duclaux de Martin, né le 13 février 1798, mort le 15 septembre à Saint-Julia, où il exerçait la médecine. Modèle accompli du médecin, plein d'ardeur pour le travail et de vénération pour la science. Dans le cours de sa carrière, les Académies de Paris et de Toulouse décernèrent seize médailles à ce praticien intelligent et infatigable, une entre autres pour services exceptionnels pendant le choléra.

Nous avons aussi à annoncer la mort de M. le docteur Cabanellas, membre du conseil général de l'Association des médecins de France.

VARIÉTÉS

La conquête du pôle Nord. — Une généreuse rivalité s'est engagée entre les deux peuples anglais et américain, pour la conquête du pôle Nord. Ce but, objet de tant d'efforts et de sacrifices, il est peut-être interdit à l'homme de l'atteindre, mais c'est ici qu'il peut dire avec un légitime orgueil: « J'aurai du moins l'honneur de l'avoir entrepris. »

On n'a pas oublié sans doute la dernière campagne du capitaine Nares. Parti pour le pôle avec l'*Alerte* et la *Découverte*, il s'était vu arrêté vers le 84e degré, par des banquises qui lui opposèrent une barrière infranchissable. Ces courses répétées en terre ferme, à la découverte d'une ouverture praticable, n'eurent aucun résultat; le capitaine dut ramener son expédition en Angleterre.

Les Américains résolurent alors de reprendre son œuvre et de la compléter. Une somme de 50,000 dollars (250,000 fr.) fut votée par le Congrès des Etats-Unis pour fonder une colonie scientifique sur les bords mêmes de la mer des glaces éternelles qui avait arrêté l'expédition anglaise. Mais la loi du crédit n'avait passé qu'en première lecture, et le nouveau président ayant prorogé le Congrès, l'année 1877 allait s'écouler sans que l'entreprise reçût une solution. Par bonheur, l'initiative privée se substitua immédiatement à l'action publique défaillante. Le capitaine Hougate, qui avait conçu le plan, fit appel au public et il trouva un concours aussi rapide qu'énergique.

Ces choses se passaient il y a deux mois seulement, et déjà un navire, la *Florence*, vient d'être expédié avec mission d'cheter les chiens, les canots, les pelleteries et d'engager les Esquimaux nécessaires à l'expédition principale. Cette dernière expédition partira au printemps prochain. Les deux navires doivent se rencontrer à Disco, capitale du Groenland septentrional, d'où ils se rendront dans le détroit de Smith sur les bords de la baie Lady-Franklin, en face du lieu où est située la tombe du capitaine Hall. On a découvert en ce lieu désert d'immenses gisements de charbon, qui seront une ressource inestimable contre le froid du pôle.

Le commandement de la *Florence* est confié au capitaine Tyson, qui a immortalisé son nom par un fait maritime sans précédent, Ayant perdu son navire dans la mer de Baffin, il s'était installé sur un glaçon et cherchait à gagner la terre la plus proche. Il rencontra en route dix-neuf malheureux, naufragés comme lui, parmi lesquels une femme ayant un enfant à la mamelle. Il les prit sur son glaçon, navire étrange qui se fondait à mesure que l'on se rapprochait des eaux moins froides, fréquentées par les baleines. Le capitaine parvint pourtant à ramener sa cargaison humaine du fond de la mer de Baffin jusqu'au Labrador, où ces malheureux trouvèrent providentiellement protection et secours.

Avec de tels hommes, on peut tout entreprendre. (*Journal de Nice.*)

Crémation des morts. — Un rapport annuel que vient de publier la Société anglaise de crémation, fondée depuis trois ans, contient quelques détails intéressants sur la question de l'incinération des morts en Angleterre et dans différents pays. Ce rapport énumère tous les cas de crémation qui ont eu lieu tant en Europe qu'en Amérique depuis une dizaine d'années, et dont les résultats ont été l'objet d'études scientifiques. Ce sont les suivants :

En 1869, une femme âgée de trente ans et pesant 116 livres a été réduite en cendres à Padoue; après l'opération, les cendres recueillies ne pesaient plus que 6 livres. La même année, et dans la même ville, deux hommes ont été brûlés dans une cornue; le poids de l'un représentait 99 livres, celui de l'autre 90 livres ; les résidus ne donnèrent que

3 livres 06 et 4 livres 06. Dans ce dernier cas, les frais de combustible se sont élevés à 3 francs; la crémation était complète au bout de quatre-vingt-cinq minutes. En 1870, à Milan, un vieillard de soixante-treize ans a été placé au-dessus d'un fourneau chauffé au coke ; le poids des cendres n'a pas dépassé 6 livres et l'ignition a duré quatre-vingt-dix minutes. En 1874, à Breslau, une femme âgée de soixante-douze ans et pesant 70 livres, a été brûlée en soixante-quinze minutes, au prix de 3 francs. La même année, à Dresde, deux jeunes femmes de vingt-trois ans et de vingt-six ans ont été réduites en cendre en soixante-quinze et soixante-dix-huit minutes, avec les poids respectifs, après la crémation, de 3 livres 74 et de 4 livres. En 1876, à Milan, un homme de soixante-treize ans a été brûlé en quatre-vingt-dix minutes. Le 5 décembre 1876, à Washington, la dépouille du baron de Palm, chevalier de Malte, a été incinérée dans l'appareil du docteur Lemoyne, en cent vingt minutes. Les frais de combustible se sont élevés à 38 francs. Le seul cas de crémation que l'on ait signalé en 1877, est celui du docteur Frédéric Winslow, à Salt Lake City, capitale des Mormons ; l'opération a parfaitement réussi : elle a duré deux heures vingt minutes, et, le corps qui pesait 126 livres, a été réduit à 4 livres 14.

Le rapport passe ensuite en revue les différentes Sociétés qui se sont fondées en Europe et aux Etats-Unis pour le fonctionnement du système crématoire. C'est en Allemagne que l'on trouve la Société la plus florissante. On se rappelle qu'un Congrès des partisans de l'incinération s'est réunie à Dresde en 1876. L'Angleterre, la France, la Hollande et la Suisse y étaient représentées. A la suite de ce Congrès, des sommes importantes ont été souscrites pour l'érection d'un Crématorium à Gotha et pour la publication de revues mensuelles. Le système de crémation le plus en faveur en Allemagne est celui du Dr Siemens, qui a été adopté avec quelques modifications. En Suisse, on compte plusieurs Sociétés; celle de Zurich a déjà réuni plus de quatre cents adhérents. La Société de crémation des Pays-Bas a des ramifications dans tout le royaume ; il paraît qu'elle possède des capitaux assez considérables provenant de legs et de donations; elle publie un journal dans le but de faire des prosélytes. Aux Etats-Unis, il n'existe pas moins de sept Sociétés, et l'on construit en ce moment à Brooklyn et à Chicago des édifices crématoires dans le genre de petit temple élevé par le docteur Lemoyne à Washington. L'Autriche, de même que la France, n'a pas ressenti, au sujet de la crémation, l'espèce d'engouement qui s'est emparé des nations voisines; on y a cependant fondé deux sociétés. En Italie, depuis le mois de mars 1877, l'incinération des corps est permise par la loi. A l'occasion du Congrès des médecins qui s'est ouvert le 2 septembre à Milan, on a fait une nouvelle expérience dans le cimetière de cette ville avec l'appareil Peruzzi Betti. Le cadavre a été fourni par l'hôpital, et le ministre de l'instruction publique a assisté à cette nouvelle expérience.

Le rapport constate que la crémation n'a pas encore été expérimentée dans le Royaume-Uni. (*Gazette hebd. de méd. et de chirur.*).

PUBLICATIONS NOUVELLES

Essai pratique sur la traction mécanique, brochure in-8, avec planches intercalées dans le texte, par le Dr L. Hamon (de Fresnay), professeur libre d'accouchements. Prix (*franco*). 3 fr. 25. Chez l'auteur, 10, rue des Saints-Pères.

Almanach illustré de la Jeune mère. Quatrième année. 1878, par le Dr Brochard, lauréat de l'Institut. Chez Plon et Ce, rue Garancière, 10, Paris.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris.— Imp. Baitout; Questroy et Ce, 7, rue Bailliff.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

21

N° 20. — 1er NOVEMBRE 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOPITAL NECKER

Leçon de M. Potain

Deux complications des plus rares de la goutte asthénique.

(*Rétrécissement de l'œsophage; atrophie musculaire progressive.*)

Messieurs,

Le malade dont je me propose de vous entretenir, dans cette leçon, mérite le plus grand intérêt. Il s'agit d'un cas si rare, dans la pratique nosocomiale, que j'en ai à peine rencontré six dans le cours de ma carrière. Par contre, on en observe presque chaque jour des exemples en ville, principalement dans les classes inférieures de la société.

Il s'agit de phénomènes complexes, que je crois pouvoir rattacher à la diathèse goutteuse. Nous allons, du reste, analyser les manifestations phénoménales présentées par ce malade, et nous efforcer de remonter à leur cause protopathique.

L'homme dont j'ai à vous parler est âgé de cinquante-sept ans. Il est de tempérament moyen, mais notablement appauvri. Il a été agriculteur jusqu'à l'âge de seize ans. Plus tard il est entré au chemin de fer, où il a été employé, jusque dans ces derniers temps, comme préposé au soin des marchandises, dans les trains en marche. Il a donc passé sa vie au grand air, exposé à toutes les intempéries de la température.

Deux éléments morbides dominent la scène. Un d'eux, surtout, fixe l'attention du malade.

Depuis deux ans, cet homme ressent des troubles dysphagiques de plus en plus accentués. Il en est venu, aujourd'hui, à ne plus pouvoir ingérer les aliments solides. Il arrive encore à avaler une bouchée de pain ou de viande, mais après une longue mastication préalable, et non sans de grands efforts de déglutition. Le plus souvent, les aliments finissent par revenir par une pénible expuition, soit par la bouche, soit par les fosses nasales.

Le liquide même n'est ingéré qu'avec une peine extrême, et par petites gorgées.

Les produits alimentaires, une fois déglutis, sont conservés par l'estomac et parfaitement digérés. Le malade ne souffre nullement de cet organe. Il n'a jamais vomi ni sang, ni aliments.

Les fonctions gastro-intestinales s'accomplissent de la façon la plus normale.

Cet homme n'a aucune idée de ce qui a pu donner naissance à cette affection œsophagienne. Il n'a été brûlé par aucun aliment trop chaud; il n'a avalé aucun corps étranger susceptible de lésser le conduit alimentaire; il n'a ingéré, par erreur, aucun produit caustique. Il y a rétrécissement manifeste de l'œsophage, résidant, d'après les sensations accusées par le malade, au ni-

veau de la partie inférieure du larynx.

Quelle est la nature de ce rétrécissement? Est-il d'ordre matériel, ou spasmodique? Dans la première catégorie se rangent les obstacles au cours des aliments, par les tumeurs du médiastin, les anévrismes de l'aorte, le développement pathologique des ganglions bronchiques, les affections péricardiques. L'examen le plus scrupuleux nous permet d'écarter les causes d'un tel ordre.

La dysphagie tient donc à une condition locale de l'œsophage. S'agit-il d'un spasme de ce conduit alimentaire, d'une hypertrophie simple de ses parrois ou d'une dégénérescence carcinomateuse ou épithéliale? C'est ce que le cathétérisme devait nous apprendre.

J'ai introduit ce matin une sonde à olive, et j'ai pu faire pénétrer la boule n° 5, qui mesure l'épaisseur du pouce. J'ai éprouvé une assez grande résistance, surtout pour le retrait de l'instrument. Il m'a été donné de m'assurer de la sorte du siége précis du rétrécissement, qui se trouve, ainsi que nous l'avait annoncé le malade, au niveau de la partie inférieure du larynx, portion, d'ailleurs, la moins spacieuse de l'œsophage. En franchissant cet obstacle, j'ai éprouvé la sensation d'une résistance dure et fibreuse, et non celle que fournit une tumeur fongueuse. Cette sensation est très-caractéristique.

Il ne saurait s'agir d'un rétrécissement causé par une syphilis ancienne. Le malade se défend d'avoir jamais contracté la vérole.

Un spasme œsophagien ne pouvant être admis, on arrive ainsi, par voie d'élimination, à déterminer la *nature fibreuse* de cette sténosie.

Voilà un premier pas de fait dans la voie du diagnostic. Nous tâcherons bientôt de déterminer les causes qui ont donné lieu à la production de cet épiphénomène.

Mais si ce symptôme est celui qui frappe le plus vivement l'attention du malade, il ne constitue pas, cependant, l'élément le plus intéressant, le plus capital de cette singulière affection.

Si l'on examine les mains de cet homme, on est frappé de leur conformation tout à fait spéciale. Ces organes rappellent assez bien ceux du singe. Les saillies musculaires sont déprimées. Les régions thénar et hypothénar sont atrophiées. Les muscles interosseux sont également frappés d'atrophie. Le mouvement d'opposition des pouces se fait faiblement. Le malade n'a aucune force dans les mains. Depuis un an, il se sent beaucoup moins adroit et de moins en moins apte aux travaux manuels.

Les muscles des avant-bras, des bras, les deltoïdes, les pectoraux sont sensiblement atrophiés.

Ce n'est pas tout : la physionomie du malade contraste sensiblement avec la vivacité de son intelligence. Les mouvements de la face sont incomplets. La contraction de la peau du front et des sourcils se fait difficilement. Le malade qui, autrefois, sifflait avec un certain talent, n'est plus en état d'émettre aucun son. Les joues, enfin, sont creuses et affaissées.

Il y a donc, chez ce malade, une atrophie marquée, portant symétriquement sur un grand nombre de muscles.

Il suffit d'examiner les deux mains de cet homme, et de tenir compte de la généralisation de l'atrophie musculaire pour poser sûrement le diagnostic. Il n'est, en effet, qu'une seule maladie s'attaquant lentement, mais incessamment et d'un façon symétrique à un aussi grand nombre de muscles. Cette affection, c'est l'*atrophie musculaire progressive*.

Longtemps, dans cette affection, on a considéré l'altération musculaire comme primitive. Cruveilhier, le premier, chez un malade resté célèbre, le bateleur Leconte, a démontré qu'il fallait en faire remonter l'origine dans les centres nerveux. Il a fait voir que, dans cette maladie, les racines antérieures de la moelle étaient réduites à l'état de petits pinceaux grisâtres, trans-

lucides et comme gélatiniformes. Les coupes du cordon médullaire, effectuées avec soin, permettent de constater qu'il y a là une altération profonde, limitée aux cornes antérieures. Un nombre plus ou moins considérable de cellules sont atrophiées ou même complétement disparues, selon une plus ou moins grande étendue. Quelques-unes, cependant, sont conservées à l'état normal. De là, la singulière distribution des groupes musculaires, ici conservés sains, là frappés d'atrophie!

L'étiologie de cette affection est encore mal connue. Rare chez les enfants, elle est surtout propre aux adultes, et principalement au sexe masculin. Elle semble se produire particulièrement chez les sujets qui se livrent à de violents efforts. Le fameux Leconte, de Cruveilhier, était un bateleur. Un autre exemple de cette nature qui, dans le temps, a fait un certain bruit, avait eu pour sujet une baladine. J'ai moi-même observé cette affection chez un marchand de draps, journellement occupé à soulever de lourds paquets.

Tel était le cas du sujet qui nous occupe. Comme conducteur de chemin de fer, il était incessamment obligé de porter de pesants fardeaux.

D'autres causes occasionnelles ont encore été invoquées, car cette affection n'est pas toujours produite par les efforts musculaires.

On a aussi accusé le froid humide de déterminer l'atrophie musculaire. Leconte était exposé à toutes les intempéries de la température. C'est à la suite d'une nuit froide et pluvieuse, passée à la porte de sa barraque, que la baladine en question a été prise de cette grave affection.

Encore une fois, la profession de notre malade l'exposait, lui aussi, à dette cause morbifique.

Mais que de gens se livrent aux travaux corporels les plus violents, passent leur vie exposés à toutes les injures atmosphériques, et ne sont pas cependant condamnés à payer tribut à l'atrophie musculaire progressive! Il faut donc qu'une cause prédisposante fasse en outre sentir sa fâcheuse influence. Il s'agit donc ici de chercher ailleurs, pour remonter à la véritable étiologie de cette affection.

Or, notre malade est affecté d'une diathèse qui va projeter une vive lumière sur la cause première de la maladie dont nous faisons l'étude. *Cet homme est goutteux.*

Il y a deux ans, il a été, pour la première fois, éprouvé par une violente attaque de goutte. Il a été pris, ainsi que c'est le cas le plus ordinaire, par une arthrite de l'un seulement des gros orteils. Par exception, on voit quelquefois débuter la goutte par les articulations des petits orteils. On l'a vue, dans des cas plus rares encore, se produire à la suite d'une entorse, dans l'article même affecté. Quel que soit ce début, l'affection, par son siége, est de nature protéique. Eh bien, il en est ainsi chez notre malade.

Deux mois après sa première attaque, il en a eu une seconde, qui a débuté par l'autre gros orteil. Les genoux n'ont pas tardé à être envahis à leur tour. Depuis cette époque, les accès se sont répétés, mais sous des formes et à des siéges variables. Chez ce malade, la goutte, après avoir présenté la forme sthénique, ou fluxionnaire, n'a pas tardé à revêtir la forme asthénique, anormale.

L'aspect des goutteux est assez ordinairement caractéristique. Ils ont le visage fortement coloré; ils ont l'apparence de gens bien nourris. Il se peut faire, cependant, que cette affection soit aussi le triste apanage des sujets débiles. En pareil cas, elle affecte chez eux la forme asthénique. Il en est ainsi chez notre sujet qui, malade depuis longtemps, réduit à une alimentation insuffisante, par suite de la sténosie de l'œsophage, a perdu sensiblement de ses forces et de son embonpoint.

Comment cet homme, dont les antécédants sont favorables, s'est-il fait goutteux? C'est ce qu'il va nous être facile d'expliquer.

On sait comment se fait la goutte. Elle est le triste fruit d'une alimentation plantureuse, d'une assimilation puissante, non contrebalancée par une déperdition proportionnelle. *C'est la maladie des viveurs.* Parun néfaste privilége, cette cruelle affection, une fois acquise, se transmet à la descendance. C'est un triste héritage, qui se recueille de génération en génération. Elle se compte par quartiers ainsi que la noblesse. Il est, en Angleterre, des familles patriciennes, chez lesquelles la goutte compte quatre siècles de date. Le pays du beefsteak et de la bière forte, est la terre promise de cette affection, qui s'observe rarement en Irlande, en Ecosse, en Suède, où l'on consomme plus de liqueurs alcooliques, mais où, aussi, l'on vit moins bien et on consume davantage.

Pour en revenir à notre malade, voici comment il a fait lui-même sa goutte.

Jusqu'à l'âge de seize ans, il s'est occupé des travaux des champs. Travaillant à la rude peine, il était grand mangeur. Il était aussi grand buveur. Il lui fallait chaque jour ses trois bouteilles de vin.

Il se trouva au mieux de ce régime, tant qu'il continua à se livrer à de violents exercices corporels. Vint un temps où, tout en continuant de bien vivre, il cessa, par une existence moins active, d'user les produits d'une assimilation devenue exhubérante. De ce moment, il devint goutteux. La goutte fut d'abord sthénique, avec le temps elle se transforma et devint anormale. Ainsi que cela s'observe fréquemment, elle quitta les articulations pour se jeter sur les viscères.

Faut-il, ici, invoquer la doctrine des métastases? Le mécanisme importe peu; contentons-nous de signaler les effets, qui ne sauraient être contestés. Chez certains goutteux, il se produit des affections fluxionnaires. Tantôt ces raptus se portent vers les poumons, tantôt ils se produisent du côté de l'estomac, des intestins, des centres nerveux ou circulatoires. Cette diathèse une fois en puissance, on comprend très-bien que, sous l'influence d'efforts musculaires exagérés, de variations brusques de température, il se puisse produire une métastase aboutissant à une paralysie ou à une atrophie musculaire progressive. Bien que ce soit peut-être le premier fait analogue qui ait été enregistré, il ne me répugne nullement d'accepter une telle interprétation chez notre malade.

Pour ce qui est du rétrécissement de l'œsophage, la difficulté d'en déterminer la cause productrice devient encore plus grande.

La dysphagie s'observe quelquefois chez les goutteux, mais au moment seulement des accès. On comprendrait assez bien un spasme de l'œsophage. Mais, ici, il s'agit d'un rétrécissement fibreux. Pour moi, voici la façon qui me semble la plus rationnelle d'expliquer la production de cette sténosie.

Il doit s'être produit une simple inflammation chronique de cette partie circonscrite de l'œsophage. La même cause qui peut engendrer le spasme ne saurait-elle être de nature aussi à déterminer la fluxion, l'inflammation chronique? Cette dernière, une fois admise, le rétrécissement s'expliquerait naturellement, par l'induration des parois œsophagiennes. Selon moi, un tel fait est très-net et très-précis.

Le pronostic est très-grave. Tous les malades atteints d'atrophie musculaire progressive sont condamnés à une mort à courte ou à longue échéance. Ils peuvent traîner leur existence pendant cinq ans, pendant dix ans; mais, un peu plus tôt, un peu plus tard, ils doivent payer le fatal impôt. Ils portent en eux un germe de mort.

La gravité de la situation de notre malade est encore accrue par le fait de la complication dont il est atteint, laquelle apporte de sérieuses entraves à la nutrition.

Si l'affection dont il est porteur reconnaissait pour cause la syphilis, il y

aurait encore de l'espoir ; mais, encore une fois, il n'en est pas ainsi. Le pronostic est donc des plus alarmants.

Au point de vue de la thérapeutique, deux éléments entrent en cause chez notre malade.

Les indications les plus pressantes ont trait au traitement du rétrécissement de l'œsophage. A ce point de vue, il ne faudrait pas perdre tout espoir. Des boules d'un certain calibre peuvent franchir l'obstacle. On peut élargir la voie, au moyen d'une dilatation progressive. Dès ce moment le cathétérisme produit déjà de bons effets. Il n'est pas nécessaire que le conduit reprenne toute son amplitude pour permettre la nutrition. Il suffit de passer la sonde pour rompre le spasme, qui se met toujours de la partie pour s'opposer au passage des aliments. Les mêmes effets se produisent d'ailleurs dans les rétrécissements de l'uréthre. L'introduction pure et simple de la plus mince algalie permet souvent au malade de vider la vessie. Ce n'est donc pas la complication survenue du côté de l'œsophage qui doit nous préoccuper le plus.

Il n'en est pas ainsi pour ce qui est de l'affection du système nerveux central. Pour y obvier sûrement, il faudrait combattre la cause ; malheureusement, le modificateur de cet état diathésique, le spécifique de la goutte anormale est encore à trouver. Les préparations de colchique peuvent se montrer efficaces dans la goutte fluxionnaire, mais elles sont sans effet en dehors de l'état aigu. Nous pourrions tenter de recourir aux sudorifiques, aux diurétiques, aux alcalins. Nous tirerons de ces agents thérapeutiques tout le parti possible, mais il est bon de ne pas faire plus de fond qu'il ne convient sur leur efficacité. Nous prolongerons plus ou moins les jours du malade ; mais, nous ne pouvons nous faire aucune illusion à ce sujet : nous ne le guérirons pas.

Dr E. Picart.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

HOPITAL NECKER

Leçon de M. Guyon.

Sur les urines purulentes.

Il n'est presque pas de malades dans les urines desquels on ne trouve du pus en plus ou moins d'abondance. Les dépôts dont on constate la formation, dans ce fluide excrémentitiel, sont presque toujours purulents. Non-seulement les reins, les calices, les bassinets, l'urèthre, la vessie peuvent fournir du pus, mais ce dernier peut aussi provenir, chez la femme, du vagin ; chez l'homme, d'une balano-posthite, lorsque le prépuce est d'une certaine longueur. Il peut encore trouver sa source dans un abcès de voisinage, qui aura pu s'ouvrir dans l'uretère, la vessie ou l'urèthre.

Ce phénomène peut passer inaperçu au malade, en raison d'un défaut de coloration, si nous pouvons ainsi nous exprimer, de l'excrétion urinaire, qui est tenue pour normale, si on ne l'examine pas avec attention. Il n'en est pas de même lorsque l'urine est colorée par du sang. En pareils cas, ce sera le malade qui attirera sur ce phénomène l'attention du praticien. Dans les conditions qui nous occupent, c'est à ce dernier de se renseigner par lui-même.

Il est différentes façons de procéder à l'exploration des urines. Le mode le plus simple, le plus pratique, en quelque sorte, parce qu'il est à la portée de tout le monde, c'est celui qui consiste dans l'examen visuel. Rien de plus aisé que d'apprécier à l'œil nu certaines conditions de l'urine. On se sert, à cet effet, d'un verre conique, d'un verre à champagne, dans lequel on laisse déposer cette excrétion.

Examinons actuellement les dépôts des urines purulentes.

L'aspect de ces dépôts est assez variable. Tantôt l'œil aperçoit dans le liquide de simples filaments ; tantôt ce sont des nuages, sous forme de flocons ;

tantôt, enfin, les dépôts, plus denses, présentent l'apparence de liquides crèmeux, semblables à de la purée de marrons bien délayée, ou au produit d'un abcès ouvert par le chirurgien. Le liquide qui surnage se sépare de ces dépôts par le décantage.

Plusieurs espèces de dépôts urinaires simulent le dépôt formé par le pus.

Dans toute urine devenue ammoniacale par la putréfaction, fût-elle fournie par une personne en bonne santé, on voit au bout d'un ou plusieurs jours se former un dépôt purulent. Il est très-facile de distinguer ce dépôt du pus véritable. En acidifiant l'urine, au moyen de quelques gouttes d'acide acétique, par exemple, qui ne précipite pas l'albumine, on rend limpide les urines troublées par les phosphates résultant de la putréfaction.

Journellement, on peut se laisser tromper par la présence de ces phosphates, dont les proportions varient selon les jours, la température, la façon dont s'accomplit la digestion ; toutes conditions susceptibles de rendre la putréfaction de l'urine très-rapide.

Il est un autre dépôt urinaire non moins facile à confondre avec le pus. Les urines qui présentent ce caractère sont troubles, et tirent sur le jaune rouge. Ces anomalies du fluide urinaire se rencontrent non-seulement dans l'état fébrile, mais encore dans l'état de santé. Elles sont surtout occasionnées par le froid. Aussi, certains sujets remarquent-ils avec inquiétude, principalement l'hiver, que leurs urines sont nuageuses et brunâtres à leur réveil. C'est que la nuit, quoi qu'on fasse, les chambres se refroidissent toujours. Disons-le de suite, ces dépôts sont des urates, et ils se produisent surtout chez les rhumatisants. Pour rendre aux urines leur limpidité, on n'a qu'à les chauffer. Vient-on à plonger une éprouvette qui en est chargée dans de l'eau très-froide, ou dans de la glace, on voit aussitôt le nuage uratique se reformer.

Quelquefois le dépôt urinaire est formé par du sperme. Il est difficile de s'y tromper. D'une part, le sédiment n'est jamais très-abondant ; d'autre part, les malades ignorent rarement leur position. En cas d'incertitude, le miscroscope est le plus sûr moyen de déceler la présence des spermatozoïdes.

Très-souvent, enfin, on constate dans les urines un sédiment nuageux, léger; de petits nuages blanchâtres, remontant plus ou moins haut et flottant dans le liquide. A tous ces sédiments on a pour habitude de donner la même appellation. On dit que ces urines contiennent du *mucus*.

C'est là une appellation beaucoup trop étendue. Le prétendu mucus est constitué par des épithéliums et des leucocythes provenant toujours des muqueuses des voies urinaires, rarement indemnes de toute lésion. Le microscope ne laisse aucun doute sur la nature de ces produits.

Aux points de vue chimique, physiologique, anatomique, du reste, on peut contester la présence du mucus dans l'urine.

Un chimiste distingué de l'hôpital Necker, M. Méhu, nie complétement la présence de ce produit dans l'excrétion urinaire. En opérant sur 30 litres d'urine, il n'a pas pu trouver 0,10 de mucine, principe abondamment sécrété par les synoviales saines, et qu'on extrait facilement du contenu de la grenouillette. Anatomiquement, on ne connaît rien dans les organes uro-poiétiques qui rappelle les synoviales.

On s'est habitué à se servir, en quelque sorte d'une façon banale, de cette dénomination. On dit qu'une urine contient du *mucus*, du *muco-pus*. Il serait plus juste de dire tout simplement du *pus*. Mais ce vilain mot jette le trouble dans les esprits des malades et de leurs proches. Quand on ne veut pas dire cette grosse vérité, *urine contenant du pus*, on dit qu'elle contient du *muco-pus ; muco* fait passer *pus*, et tout est pour le mieux. Au fait, c'est un petit moyen permis dans la pratique, et qui permet de ne pas jeter l'alarme dans les familles. On peut donc, dans

le langage du monde, continuer de se servir de cette appellation, pour ne pas parler du pus, qui a une si mauvaise réputation. Mais, dans le langage chimique, qui ne connaît point d'ambages, sachons nommer les choses par leur nom, et appelons-le par son véritable nom. En un mot, ces sédiments sont essentiellement purulents.

Les urines purulentes, avant que le pus ait eu le temps de se déposer, sont plus ou moins troubles, sales, et d'un blanc gris.

Leur aspect rappelle un mélange d'eau et de lait ou d'orgeat. Cet aspect d'un gris sale est caractéristique.

Ces urines se rencontrent fréquemment. En général, leurs proportions sont inusitées. Divers malades, en traitement dans les salles, présentent ce phénomène. Il en est deux qui en rendent trois litres par jour ; un autre en émet jusqu'à quatre litres. Tous ces malades urinent moins abondamment quand ils vont mieux. Ce sont là de mauvaises urines, annonçant en général un état grave.

Quand les urines purulentes sont rendues avec abondance, les globules purulents se dissolvent en grande partie ; le dépôt est moins crémeux et légèrement albumineux. Dans les urines acides et concentrées, ce dépôt ressemble à du pus louable. Si les urines, enfin, sont alcalines, les dépôts sont visqueux. Si on les met dans une éprouvette, elles adhèrent à ses parois, au point qu'on peut renverser cette dernière sans que le dépôt ait tendance à en sortir. Ces sortes d'urines se rencontrent souvent dans la cystite chronique. C'est alors que le *mucus* triomphe dans tout son éclat. On insiste sur le *mucus;* on va à l'occasion jusqu'au *muco-pus.* C'est là un subterfuge de langage inspiré, avons-nous dit, par un louable motif. Le soi-disant mucus n'est autre chose que du pus, modifié par l'alcalinité des urines.

Le pus urinaire, déposé dans un vase, se comporte comme le sang, qui se sépare en sérum et en hématie. Lui aussi renferme deux couches : l'une constituée par du sérum, l'autre par les leucocytes ou globules purulents, qui le caractérisent de même que le spermatozoïde caractérise le sperme, et l'hématine le sang.

Le pus peut se reconnaître au microscope. Les globules blancs qui le constituent, toutefois, sous l'influence de la température et de la fermentation, sont susceptibles de se déformer, de se désagréger, surtout dans un milieu alcalin. Dans ces conditions, ils sont moins roulants, deviennent visqueux, se déforment, se désagrégent, augmentent de volume, se collent les uns aux autres, se fusionnent. Ce ne sont plus alors des globules, mais des agrégats informes. Le microscope ne suffit plus alors pour reconnaître le pus. Il faut avoir recours à un autre moyen. C'est le lieu de signaler un réactif très-sensible. Il permet de déceler la plus faible proportion de pus. Malheureusement il n'est pas absolument certain, car il donne les mêmes réactions dans les urines contenant du sang et du sperme. Ce réactif est constitué par l'acide acétique. Cette addition doit être faite à froid. Au bout de 10 à 15 minutes, l'urine est devenue trouble.

Ce réactif, avons-nous dit, ne présente pas toutes les garanties désirables. Mais, en clinique, il n'y a pas à ajouter trop d'importance à de faibles proportions de pus. Quand ce dernier se trouve en plus grande abondance dans les urines, l'œil et le microscope en révèlent sûrement la présence.

Etudions maintenant les modifications que l'urine peut imprimer à la vessie, et réciproquement.

L'urine peut devenir purulente aussitôt après son émission, mais elle peut aussi être telle au sein même de la vessie.

Cette transformation est d'autant plus rapide que la réaction urinaire est moins acide. Une urine acide n'est pas purulente ; neutre, elle a plus de chance de le devenir ; alcaline, elle tourne vite au pus.

Cette transformation purulente est d'autant plus rapide, que la vessie est moins saine. Elle est due à une décomposition de l'urée, qui se décompose en carbonate d'ammoniaque.

Il est deux conditions qui favorisent cette transformation. Elle s'opère d'autant plus vite, que la vessie se vide moins facilement, et que cet organe est plus enflammé. C'est pour ce motif que, dans la cystite, la décomposition de l'urée par le pus est très-rapide.

D'après cette donnée, on comprendra de suite le bénéfice d'une intervention chirurgicale dans certaines affections purulentes de la vessie. La miction est-elle gênée par un rétrécissement? On fait vite cesser les accidents vésicaux en pratiquant l'uréthrotomie, qui rend désormais facile l'évacuation des urines. Grâce à la liberté de leur écoulement, elles contiendront des proportions de moins en moins grandes de dépôt purulent, et reviendront bientôt à la réaction acide normale.

M. Pasteur a voulu expliquer la purulence des urines par la théorie des germes. Mais cette théorie ne soutient pas l'épreuve des faits cliniques. Si elle était vraie, la vessie se vidant, la guérison ne se ferait pas spontanément.

D'un autre côté, un sujet émet des urines claires. Survient une difficulté d'uriner, et, du jour au lendemain, on voit se produire du pus dans les urines, qui deviennent putréfiées. Il ne faut donc pas invoquer les effets de germes qui n'existent pas.

Quelques mots des caractères chimiques et microscopiques des urines putréfiées.

Ces urines sont alcalines. Elles contiennent des filaments et des dépôts d'un blanc sale, rappelant l'aspect des phosphates. Ces dépôts sont constitués par du pus et de l'urate d'ammoniaque. Une réaction facile permet de distinguer les sels uratiques des phosphates.

Un acide détermine de l'effervescence dans les urines purulentes, mais ne les clarifie pas, ainsi que cela s'observe quand les dépôts sont phosphatiques.

Examinés au microscope, ces sédiments présentent des triples phosphates, sous forme de gros cristaux, comparés à des sarcophages. Ce sont des phosphates ammoniaco-magnésiens. On constate, aussi, la présence d'épithéliums de la vessie, des leucocytes, et des sédiments de triple phosphate de chaux, toujours sous forme de sarcophages. L'urine fermentée contient des cristaux kyalins, de forme de boules brunes, ressemblant à des pointes d'épines, ou à des marrons, avec leur surface épineuse. Ce sont des urates d'ammoniaque, présentant toujours une teinte brune. On constate aussi des masses amorphes, qui ne sont autre chose que des leucocytes déformés, dont on ne voit plus que des granulations.

Quelle est la valeur de la constatation du pus dans les urines, au point de vue du diagnostic?

Cette constatation ne sert pas beaucoup à ce point de vue, car les sources du pus sont trop nombreuses. Il peut provenir, en effet, des reins, de la vessie, de l'urèthre, du vagin, du prépuce, voire même d'un abcès de voisinage. Les faits cliniques peuvent seuls éclairer le praticien. Ces faits sont relatifs au temps de la miction, qui correspond à l'émission du pus. En un mot, le pus est rendu avant, pendant, après cette miction, pendant le jour, pendant la nuit.

Certains malades pissent du pus au moment du premier jet d'urine, et n'en rendent plus après; leurs urines, à partir de ce moment, sont transparentes. En pareil cas, le pus provient de la partie antérieure du canal, c'est-à-dire du méat au pubis.

Chez d'autres malades, la sécrétion purulente a pour point de départ la deuxième partie du canal, c'est-à-dire l'intérieur même de l'émonctoire urinaire.

Souvent les malades éclairent fort mal le praticien sur ces particularités.

de la miction. Il faut alors recourir à un petit artifice fort simple et très-sûr dans ses données, indiqué par Thompson. C'est une sorte de miction à la Salomon.

On fait pisser le malade dans deux verres, dans deux phases de la miction. Si le pus est rendu dans la première de ces phases, on le retrouve dans le premier verre. Si c'est dans le second, c'est dans le second verre qu'il se présente. Ce *procédé des deux verres* est très-utile dans la pratique. Grâce à lui, on a pu reconnaître que tel malade, qui se croyait atteint d'urèthrite, est, en somme, affecté de cystite, et réciproquement.

Lorsque le pus est mélangé aux urines, il n'est pas toujours aisé de reconnaître le lieu précis d'où il provient. Ce sont surtout les symptômes concomitants qui sont le plus propres à éclairer le praticien. Si l'on trouve des tubuli et des épithéliums de revêtement, c'est que le pus provient des reins. Ce diagnostic se fortifie davantage s'il y a de la fièvre, si la peau présente une teinte jaune, plus prononcée dans les plis cutanés. La palpation rénale, en pareil cas, provoque souvent de la douleur.

Pour ce qui est du moment de l'émission du pus, on trouve peu d'indices. Les urines sont toujours plus chargées de sédiments au réveil que durant le cours du jour. Dans cette première émission, la *vessie crache du pus* comme les *bronches crachent des mucosités* chaque matin.

De ce côté donc, nulle valeur absolue. On ne trouve dans ces données que des renseignements bons à consulter, moyennant contrôle.

Voyons si ces indices sont plus précis, au point de vue du pronostic.

Si les urines contiennent peu de pus, il ne faut pas trop s'en préoccuper. On peut pisser du pus et ne pas s'en porter plus mal, en ayant soin toutefois de tenir compte des conditions hygiéniques et anti-chirurgicales. Le pus se trouve-t-il en proportion plus considérable? Le cas devient plus grave. Il en est ainsi, principalement, quand le pus se sépare malades urines; quand celles-ci ont un aspect sale, couleur d'argent, et qu'elles sont très-abondantes. Dans ces cas de polyurie, on peut être sûr que les reins sont malades. On peut dénommer ces urines *urines rénales*, expression qui rend bien cette pensée, que l'appareil urinaire est pris de haut. Dans ces conditions, il y a généralement des douleurs des reins, et de la fièvre le soir.

Quelques considérations, pour terminer, à propos du traitement local.

Un malade pisse du pus; cette condition implique-t-elle une contre-indication au cathétérisme? Non, assurément; mais il faut bien savoir que ces mêmes conditions favorisent le développement d'accidents qui sont d'autant plus à craindre, que les proportions du pus sont plus considérables, les urines plus troubles et plus abondantes. Est-ce une raison pour s'abstenir de tout traitement local?

Non, encore une fois, puisqu'il est formellement indiqué; mais il faut bien s'attendre à des accidents que l'on aura à conjurer. Le pissement de pus se retrouve chez les sujets atteints de cystite, de rétrécissement de l'urèthre, chez les calculeux; affections que l'on peut guérir au moyen d'un traitement local ou chirurgical.

Il est, au contraire, des pisseurs de pus que l'on peut guérir d'une manière solide. Ce sont ceux qui présentent ces urines sales et abondantes, sur lesquelles nous avons tant insisté, ainsi que les malades atteints de tubercules de la prostate et de la vessie. Chez ces sujets, d'ailleurs, le traitement local est mal supporté, et l'on se voit contraint de s'en tenir à un traitement général. Malheureusement, ce sont ces malades que l'on sonde le plus. Ils ont usé des eaux et de tous les moyens imaginables. N'en ayant rien obtenu, ils se croient calculeux, et veulent à tout prix être opérés. Malheur à eux s'ils tombent entre les mains de pra-

ticiens insuffisamment exercés, car un traitement local peut donner lieu à des résultats désastreux. En pareils cas, le catéthérisme curatif n'a rien à faire.

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Le Béribéri (1)

L'*œdème* ordinairement attaque les membres inférieurs. Il augmente dans la position assise, probablement par la pression du corps sur les vaisseaux des membres inférieurs. Il se résout, plus ou moins, par l'exercice à pied, à cause de la circulation excitée par ce même exercice.

Si le malade reste longtemps assis, l'œdème devient considérable.

Un malade ne pouvait pas se coucher parce que, dans cette position, il souffrait des douleurs dans tout le corps. C'est, d'ailleurs, fréquent dans le béribéri, parce que dans la position horizontale la moelle épinière se congestionne ce qui arrive même dans l'état de santé.

L'œdème des pieds était au maximum et le scrotum même avait le volume d'une tête d'enfant, chez un de mes malades.

L'œdème peut paraître et disparaître en peu de jours et même dans 24 heures, sans qu'un mouvement fluxionnaire ou une évacuation critique donne la raison de sa résolution.

S'il se forme, comme c'est probable, par des embolies capillaires, la résolution doit être la conséquence de la dissolution de la fibrine dans le sang, comme la formation de l'œdème, par le dépôt de cette fibrine.

Lorsqu'il envahit les viscères, ces derniers s'hypertrophient; si c'est le foie on peut le *supposer* hypérhémié; si ce sont les intestins, le ventre devient dur, proéminent, sans élasticité, à tel point que toute tympanite disparaît. Aussi devient-il impossible, par la percussion, de dessiner les limites des viscères.

Cependant, dans peu d'heures un tel état peut disparaître.

L'absence absolue d'œdème est très-rare, même dans la forme paralytique. Le matin, la figure est plus pleine que le soir, les jambes plus charnues le soir que le matin.

Au réveil, les mains sont potelées, à ce point qu'on a de la peine à fermer les poings.

La distinction entre le béribéri à forme œdémateuse ou hydropique et à forme paralytique, n'est qu'apparente.

La maladie est toujours la même avec prédominence à peine de quelques symptômes. Ces nuances ne sauraient guider dans le choix des moyens curatifs.

L'embarras de la circulation se montre aussi dans le système vasculaire périphérique.

Quelquefois les veines superficielles sont gonflées et flexueuses, au point que les mouvements se trouvent gênés par cet excès de plénitude.

Une malade ne pouvait pas laisser tomber ses mains le long du corps sans éprouver une gêne presque douloureuse.

Le même effet se produit aux pieds, lorsqu'on reste assis longtemps, ou debout sans marcher.

Cette dernière position est insupportable; le bassin en souffre et le malade s'appuie ou sur une jambe, ou sur l'autre, et cherche au plus tôt à s'asseoir.

Les veines plus profondes se dessinent par des marbrures de lie de vin pâles.

La couleur rosée de la face fait place à une couleur pâle, comme si on eût projeté sur elle une poignée de terre. C'est là la couleur dite terreuse.

Si, par une cause quelconque, comme un effort, le visage s'anime, la teinte n'est plus rosée, mais un peu livide et marbrée.

---

(1) Suite et fin. Voir les numéros du 15 septembre, du 1er et du 15 octobre.

On rencontre souvent des *ecchymoses* sous la peau et des *lacis bleuâtres de capillaires variqueux* aux jambes.

Je n'ai vu qu'une fois la *ceinture béribérique*, cette *paralysie du diaphragme* et des *muscles intercostaux*, tuer par asphyxie. Le malade, en traitement depuis un an, succomba au bout d'une heure d'angoisse.

J'ai vu des *épanchements séreux* dans les cavités splanchniques, de nature à faire supposer qu'il s'agissait d'une pleurésie latente, ou d'une ascite par dégénérescence du foie.

J'ai vu la *suppression des règles*, dans l'acuité de la maladie, cesser sous l'influence de l'amélioration de l'état de la malade.

La gestation n'est pas entravée par le béribéri.

Les rechutes dans le béribéri sont fréquentes : il y en a qui sont mortelles. Le plus souvent, toutefois, il y a rétablissement.

Ainsi que varient les souffrances des malades, de même aussi sont différents les genres de mort.

L'un succombe à l'asphyxie; l'autre, après l'agitation et les douleurs aiguës de la gangrène des membranes séreuses, tombe dans un état comateux, avec délire au réveil, et meurt dans le calme le plus parfait.

Encore aux derniers moments de la vie du malade, on peut ne pas connaître le béribéri.

Il a, en effet, l'hébétude du typhique sans, toutefois, en avoir la langue, les lèvres et les dents fuligineuses. Au contraire, sa langue est pâle et humide; si on parcourt avec la main l'épine dorsale, il tressaillit; s'il a un membre douloureux, il pousse des plaintes si on le lui remue.

Le béribéri observé par moi s'est généralement présenté sous la forme chronique, et bénigne.

La pluralité des malades échappe à la maladie; mais la guérison complète est très-rare, j'ai vu des malades qui faisaient remonter leur maladie à des années. Il y en a qui s'en ressentent pendant toute leur vie.

Il est probable que le sang est altéré bien avant l'irruption de la maladie, puisqu'il tarde si longtemps à se recomposer.

Je n'ai jamais vu cette maladie chez les enfants; ce n'est qu'au-dessus de 20 ans qu'elle se manifeste.

Les femmes et les vieillards en sont atteints aussi bien que les hommes dans la force de l'âge.

Je n'ai vu qu'une seule fois l'*aphonie*, si fréquente ailleurs.

J'ai vu des malades venus du *Rio Grande do Sul*, c'est-à-dire qui vivaient sous le 27°5 à 32°45 de latitude australe.

Le béribéri domine dans les lieux palustres, dans des altitudes élevées, loin des marécages, loin de la mer. Il attaque les personnes aisées aussi bien que les pauvres;

C'est pourquoi on ne saurait pas dire d'où vient son miasme.

TRAITEMENT.

Les *voyages* vers des latitudes froides, le *changement de pays* constituent un très-bon remède du béribéri.

Quelques malades, embarqués pour l'Europe, guérissent en peu de jours, si leur affection n'est pas trop enracinée. D'autres, plus retardataires, sont seulement un peu améliorés par le bénéfice de la *traversée*.

Il y en a qui, revenant guéris, ont une rechute fatale, aussitôt de retour dans leurs foyers.

L'amélioration a lieu aussi souvent par le seul *changement de quartier*, dans la même ville.

Cela me fait supposer que la maladie s'engendre dans les matelas, aux dépens de la sueur même du malade, qui produit quelque mucédinée miasmatique.

Les malades qui ont supprimé les matelas, ou les ont exposés au soleil avec les draps du lit, s'en sont bien trouvés.

L'anorexie, qui a pour résultat l'a-

maigrissement et le dépérissement, doit être combattue par les *amers* et les *toniques*: tels que le *vin de quinquina*, *la gentiane*, etc.

Le *fer, entre tous celui de Bravais*, à cause de sa suprême vertu d'assimilation, et l'*arsenic* sont deux excellents reconstituants.

Je dois faire ici une mention spéciale d'un tonique reconstituant par excellence, qui, dans les cas semblables, m'a rendus de signalés services. Je veux parler d'un vin de France, du *vin de Bagnols Saint-Jean*. Par son goût sucré et agréable, il plait beaucoup aux malades, qui peuvent en prendre à une dose illimitée, non seulement dans l'affection béribérique, mais dans toutes les circonstances qui s'accompagnent d'un dépérissement profond, dans l'anémie excessive, à la suite d'hémorrhagies colliquatives, dans les cachexies consomptives, etc. Dans ces diverses conditions, je l'ai souvent administré dans la proportion d'un litre chaque jour, pendant toute une semaine et plus, en un mot, jusqu'à effet satisfaisant. Le vin de Bagnols constitue, à mes yeux, un des plus précieux agents de la médication stimulante et reconstituante.

Les douleurs névralgiques sont bien calmées par la *belladone*, le *cannabis indica* et le *salanum paniculatum* qu'on trouve en abondance partout au Brésil, dans les pâturages et aux bords des chemins. C'est le *jurubeba*, dans la langue indienne et du pays.

La *strychnine* et la *noix vomique* sont excellents contre la paralysie, *après l'élimination de l'élément douleur*.

Du reste, un *exercice modéré*, non poussé au point d'exciter la douleur et d'exciter la sueur, une *nourriture fortifiante* sont aussi des moyens de premier ordre.

L'apparition de la sueur, l'abondance des urines, qui faisaient défaut, la disparition de l'œdème, la renaissance de l'appétit et de l'espérance qui manquaient, sont d'excellents signes.

Je n'ai pas encore trouvé de remède héroïque pour cette maladie, comme il y en a pour la fièvre intermittente. Il y en a qui font du bien, *la nature et le temps venant en aide*.

Dans une maladie dont la symptomatologie est enveloppée de tant d'incertitude, il me semble d'une grande utilité de ramener à la source de l'anatomie pathologique tous les symptômes observés dans les diverses épidémies et sur différents malades.

Tel a été mon but en entreprenant ce travail, pour lequel, en terminant, je réclame l'indulgence de mes lecteurs, l'ayant écrit dans une langue qui n'est pas la mienne.

Dr J. Betoldi,
de Saint-Paul (Brésil).

Les lambeaux périostiques et le développement pathologique du tissu osseux dans les amputations, par M. Guido Tizzoni.

Ce travail est basé sur de nombreuses expériences faites sur des animaux et sur quelques observations sur des opérés. L'auteur en tire quatorze conclusions, dont voici le résumé :

1° Le détachement du lambeau périostique, dans les amputations, est facile à effectuer; 2° ce lambeau se rétracte fortement, mais également et sans former de plis; 3° comme il reste étendu sur la surface sciée, il faut rejeter l'emploi de sutures métalliques, pour l'y tenir fixé; 4° en 24 heures, il s'est déjà produit une assez forte agglutination entre la moelle et ce lambeau; 5° le sang extravasé, une fois résorbé, il se produit des cellules entre le périoste et la moelle, avec exsudation de sucs nutritifs, qui maintiennent, le lambeau également tendu sur la surface sciée; 6° si la plaie d'amputation se guérit par première intention, l'ossification de la moelle et du lambeau est peu considérable; s'il y a de l'irritation il en est autrement, à moins que celle-ci ne soit assez forte pour donner lieu à des abcès, sous le lambeau périostique. Dans ce cas, le lambeau se

transforme d'abord en cartilage, et seulement ensuite en os; 7° la formation d'un bouchon osseux, dans le canal médullaire, n'a lieu qu'exceptionnellement. Il s'oppose à l'absorption de pus dans la moelle; 8° outre cette absorption, le lambeau périostique met obstacle à la formation de pus dans la moelle, en favorisant l'ossification de cette dernière, et en offrant un contact moins hétérogène, moins irritant que ne l'est celui qui résulte des rapports entre elle et les muscles ou les autres tissus; 9° la suppuration ne détruit pas le lambeau périostique, celui-ci étant déjà agglutiné avec la moelle, quand ce phénomène se produit; 10° le tissu qui s'ossifie, que ce soit directement le périoste ou le cartilage formé à ses dépens, se transforme toujours auparavant en tissu ostéoïde; 11° le calus cartilagineux est déjà prêt le cinquième jour et l'ossification en a toujours lieu de la périphérie au centre, suivant le cours des vaisseaux; 12° l'os nouvellement formé est un véritable os par sa structure; il n'est pas transitoire comme les ostéophytes; 13° il a une forme arrondie et n'irrite pas les parties voisines; 14° ce qui vient d'être établi est également vrai pour les os compacts et pour les spongieux. Un des principaux avantages des lambeaux périostiques, c'est de s'opposer à l'ostéomyélite.

D'après M. Tizzoni, celle-ci peut avoir trois causes : elle peut provenir d'infection et provient alors spécialement, quand elle est épidémique comme pendant la guerre de Crimée, des mains, des instruments, des pièces de pansement, etc. Ayant alors lieu pendant l'opération ou même auparavant, elle ne peut être empêchée, par un lambeau périostique, qui ne peut avoir alors d'autre effet que d'empêcher que le virus infectieux n'agisse pas consécutivement sur la moelle. Ce lambeau agit surtout contre la deuxième forme d'ostéomyélite due à l'absorption de pus par la moelle.

Quant à la troisième, due à la lésion de la scie, elle doit être bien rare, et serait rendue plus rare encore par le lambeau qui sépare, à la façon d'un rideau, la partie irritée de la moelle, de l'irritation, de la suppuration. Parmi les diverses méthodes opératoires, l'amputation à lambeau et la circulaire sont plus favorables à la formation d'un lambeau que l'amputation ovalaire ou elliptique. Ce lambeau doit être au moins une fois aussi long que le plus grand diamètre de l'os, et d'une largeur égale à la demi-périphérie de ce dernier. A l'avant-bras, il est bon de former deux lambeaux périostiques, tandis qu'à la jambe on se bornera à en tailler un sur le tibia, mais assez grand pour couvrir la plaie de scie des deux os.

Quand les parties molles qui recouvrent le périoste ne sont pas trop épaisses (par exemple sur le tibia), le lambeau périostique est adhérent à l'ensemble des parties molles; mais, si celles-ci sont très-épaisses (cuisse), on le fera complètement isolé, ou recouvert seulement de la couche musculaire contiguë.

Il faut, lorsqu'on scie l'os, apporter toute son attention, pour que l'opération se fasse juste à la base du lambeau périostique, et que cette base ne soit pas maltraitée par la scie.

Dr Cornaz, de Neufchâtel (Suisse).

De la dilatation du canal de l'urèthre par l'urine elle-même.

Sous ce titre, M. le Dr Béranger-Féraud, médecin en chef de la marine, vient de publier, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un très-intéressant article, qui est une reproduction presque textuelle d'un travail inséré par lui dans le n° du 15 juillet 1867 de la *Revue de thérapeutique*. (*Moyen extrêmement simple de dilater le canal de l'urèthre, dans certains cas de rétrécissement.*) Nous ne reproduisons pas ici un mémoire qui, à dix ans de date, n'a rien perdu de son actualité. Nous nous contenterons de rappeler en quelques mots le procédé attribué à Brunninghausen,

et de noter que ce médecin l'a décrit, en 1794, dans la *Gazette médico-chirurgicale de Saltzbourg*,

Voici en quels termes se trouve décrit par Bréwer, le procédé en question dans la *Bibliothèque germanique médico-chirurgicale*. (Paris. an VII, t. Ier, p. 228.)

« Brunninghausen a découvert une méthode plus facile, plus commode et plus simple que celle des bougies, et il recommande aux praticiens de vouloir bien en faire l'expérience; elle consiste à dilater le canal de l'urèthre par l'urine même. Pour cela, il faut que chaque fois que le malade veut uriner, il comprime légèrement avec les doigts le canal de l'urèthre derrière le gland.

» En supposant que le rétrécissement du canal soit près du col de la verge, comme cela arrive souvent, la pression doit être assez forte pour que l'urine ne puisse sortir qu'avec difficulté et après avoir séjourné quelque temps dans le canal, qui, par ce moyen, se trouvera plus ou moins dilaté dans toute sa longueur et par conséquent dans l'endroit rétréci. Le malade ayant soin de répéter cette opération toutes les fois que le besoin d'uriner se fera sentir, il obtiendra peu à peu, par ce moyen, le même effet qu'il aurait pu atteindre de l'action des bougies sans éprouver aucun des inconvénients de celles-ci. »

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici intégralement l'intéressant article de M. Béranger-Féraud; ce serait, en effet, pour les abonnés de la *Revue*, un double emploi. Quant à ceux de nos lecteurs qui, ne possédant pas ce document, seraient désireux de le consulter, il leur sera facile de se reporter à l'une ou à l'autre des sources citées plus haut.

GYNÉCOLOGIE

—

De la dysménorrhée (1)

La dysménorrhée se présente rarement à l'observation dans les hôpitaux. Les femmes qui ressentent les perturbations liées au pénible écoulement du sang menstruel ne viennent pas, en effet, demander un soulagement à des souffrances passagères dans nos service hospitaliers. Les cas de dysménorrhée qu'on y rencontre, de temps à autre, s'observent chez des malades en cours de traitement pour des affections de toute autre nature. C'est cette particularité qui explique comment, depuis trois mois, M. Bernutz n'a pas eu dans ses salles une seule malade affectée de dysménorrhée.

Dans notre pays, les travaux concernant cette affection sont rares, à l'inverse de ce qui a lieu en Angleterre et en Amérique. Cette particularité s'explique par ce fait que, chez nous, les matériaux sont surtout recueillis dans les hôpitaux, tandis que nos confrères de l'étranger les puisent d'ordinaire dans la pratique urbaine.

Cette considération n'est pas la seule qui permette d'expliquer la rareté comparative de nos propres travaux sur la dysménorrhée. Cette rareté tient davantage encore à la différence des races, c'est-à-dire à une question de tempérament. En France, par exemple, la dysménorrhée membraneuse est rare à ce point que M. Bernutz n'en a observé que 4 cas dans le cours de sa longue pratique. M. Siredey en a seulement rencontré 6 cas. Un médecin américain, par opposition, n'en a pas recueilli moins de 104 exemples. On ne peut expliquer des résultats si dissemblables que par une condition étiologique particulière. Le lymphatisme et la scrofule, qui prédisposent la femme à la dysménorrhée, semblent l'attribut de la race anglo-saxonne.

Ainsi que l'indique son étymologie, la dysménorrhée est une perturbation fonctionnelle caractérisée par un écoulement douloureux du sang menstruel. Il ne faut pas confondre cette affection avec les règles douloureuses quelles qu'elles soient. Ainsi, dans le cancer utérin, dans certaines phlegmasies de l'organe gestateur, l'écoulement sanguin

(1) Leçon de M. Bernutz.

périodique peut s'accompagner de douleurs, sans qu'il y ait dysménorrhée, à proprement parler. Ces douleurs sont sous la dépendance d'une cause organique et ne sont qu'une manifestation épiphénoménale. De tels cas n'appartiennent pas à la dysménorrhée essentielle, dont nous avons ici à nous occuper.

La plupart des femmes sont sujettes à une dysménorrhée accidentelle. Que, sous une influence quelconque, la menstruation soit suspendue, le mois suivant les règles peuvent devenir difficiles et douloureuses. Chez beaucoup, ces douleurs se produisent à toutes les époques. Cela s'observe plus fréquemment chez les jeunes filles que chez les femmes. Les premières approches sexuelles suffisent souvent pour mettre un terme à la dysménorrhée des premières. Il en est, cependant, qui ne retirent aucun bénéfice de l'accomplissement de l'acte de la copulation. Ces accidents disparaissent généralement sous l'influence de la grossesse et surtout de l'accouchement. On conçoit très-bien que la déchirure du col puisse faire disparaître un rétrécissement de l'isthme cervical, qui mettait obstacle au libre écoulement du flux caménial. C'est chez les femmes nerveuses que les prodromes des règles sont le plus marqués. Leur intensité est variable à chaque époque. Ils ne s'observent à un même degré que lorsque la dysménorrhée est sous la dépendance d'une cause mécanique, toujours identique dans ses effets.

Symptomes. — La dysménorrhée se traduit par les caractères suivants :

La malade accuse un malaise général. Elle est en proie à une surexcitation nerveuse. Elle éprouve un sentiment de plénitude du bassin, et ressent dans les reins des douleurs qui s'irradient vers le pubis. Le ventre ne tarde pas à se météoriser, puis se déclarent des nausées et même des vomissements. Le flux menstruel ne s'établissant pas, la malheureuse femme se tord de douleurs, et prend dans son lit les positions les plus bizarres pour tenter d'atténuer la souffrance en rapport avec de véritables tranchées, qui ressemblent aux mouches de l'accouchement.

Certaines femmes éprouvent des accidents sympathiques, tels que douleur de tête, rappelant le clou hystérique, et même de véritables convulsions. On ne doit, du reste, voir là que des phénomènes conjoints. Ces accidents, en effet, ne sont pas sous la dépendance de la dysménorrhée proprement dite. Ils se rattachent à l'hystérie, à laquelle sont en proie un grand nombre de femmes chez lesquelles s'accomplissent anormalement les fonctions menstruelles.

Chez la plupart des femmes, les tranchées ne durent que quelques heures. Après ce délai, le sang trouve sa voie, et le travail laborieux est terminé. L'écoulement peut être très-abondant ou en très-faibles proportions. Il est parfois rendu sous la forme de caillots, dont le volume représente la forme de la cavité utérine. Ce caillot, blanchâtre, fibrineux, peut en imposer pour le produit de la dysménorrhée membraneuse.

Il est des cas dans lesquels, bien que le sang cesse de couler, les douleurs persistent quand même pendant deux ou trois jours. C'est un véritable accouchement à sec des règles.

La période ménorrhagique passée, la malade ressent de la pesanteur dans le bas-ventre ; l'utérus reste congestionné ; des fleurs blanches se produisent, avec plus ou moins d'abondance.

Le calme renaît enfin. Mais, le mois suivant, les mêmes symptômes se reproduisent plus ou moins variables. Il ne saurait, en effet, y avoir de la similitude dans les accès, fut-ce dans la dysménorrhée mécanique. La même chose se produit dans les maladies de cœur, qui, elles aussi, ne donnent lieu qu'à des accidents variables et intermittents.

La dysménorrhée ne doit être considérée que comme une affection symptomatique. Il n'y en a pas d'essentielle.

pas même la dysménorrhée membraneuse. Elle est sous la dépendance soit d'une affection générale (hystérie, chlorose, pléthore), ou d'une affection locale.

On a divisé la dysménorrhée en quatre variétés, qui sont les suivantes :

Dysménorrhée nerveuse ;
Dysménorrhée congestive ;
Dysménorrhée mécanique ;
Dysménorrhée membraneuse.

Cette dernière est exfoliative ou exsudative.

Après avoir exposé les caractères de la dysménorrhée, envisagée sous son point de vue général, occupons-nous de chacune de ses variétés. Pour ce qui est de la dernière, la forme membraneuse, comme elle n'a aucun trait commun avec les autres, nous lui consacrerons un chapitre spécial.

1° *Dysménorrhée nerveuse.* Elle est constituée par des troubles purement dynamiques. Toutefois, par suite des congestions réitérées qu'elle détermine, elle peut engendrer des lésions organiques.

C'est la variété que l'on observe chez les jeunes filles, qui se trouvent guéries par les rapports sexuels.

L'examen direct pourrait surtout permettre de distinguer la dysménorrhée nerveuse des dysménorrhées congestive ou mécanique. Dans la première, le vagin et le col conservent leur coloration normale, l'orifice cervical sa perméabilité, à l'inverse de ce qui a lieu dans les autres formes. Malheureusement, un sentiment de pudeur aisé à comprendre, la persistance de l'hymen, rendent une telle exploration difficile. Il faut des cas d'une gravité exceptionnelle pour que cette exploration soit pratiquée. Il convient surtout de tenir compte de la variabilité des accidents, qui est une des caractéristiques de la grande névrose à laquelle elle est si souvent liée.

2° *Dysménorrhée congestive.* Cette variété s'observe chez les femmes fortes, robustes et pléthoriques, à constitution maternelle. On peut dire que leur nature se révolte contre la continence. On observe également la congestion chez les anémiques et les chlorotiques. Mais, dans ces derniers cas, les phénomènes locaux sont bien moins accentués.

Contrairement à ce qui s'observe dans l'état d'aglobulie, la dysménorrhée des sujets pléthoriques se traduit par la coloration violacée, la température élevée du vagin; le col est mou, tuméfié. Par suite de cette congestion active, on trouve aussi souvent une légère réplétion des culs-de-sac. L'hystéromètre décèle une augmentation de 0,01 de la profondeur de l'utérus. Pour le dire en passant, il convient de ne recourir qu'avec beaucoup de réserve à ce mode d'exploration, car il n'est pas sans danger. En même temps, ces crises s'accompagnent d'un état fébrile et de phénomènes liés à l'inflammation.

Les chlorotiques présentent aussi les signes de congestion active, mais les caractères de la chlorose permettent d'éviter toute confusion entre des symptômes d'un ordre si différent, qui n'établissent aucune parité entre la pléthore fausse, si l'on peut ainsi s'exprimer, et la pléthore vraie.

3° *Dysménorrhée mécanique.* L'inflammation des organes génitaux, la pelvimétrite, la métrite catarrhale, les corps fibreux, en devenant la source de congestions répétées, peuvent donner lieu à un rétrécissement du canal cervico-utérin, rétrécissement qui a le plus communément pour siége l'orifice cervical supérieur. Il est bon de savoir que, dans des cas analogues, la sonde utérine peut égarer le diagnostic. Le cathétérisme utérin est d'ordinaire difficile, voire même impossible. On peut croire à un rétrécissement, quand il ne s'agit que d'un simple spasme de l'isthme cervical. L'obstacle apporté à l'écoulement sanguin peut entraîner une augmentation de volume de l'utérus et des trompes. Ce n'est que par un examen répété et par une observation attentive que l'on arrive à poser les bases d'un diagnostic précis.

L'oblitération de l'orifice peut aussi

être occasionnée par le carcinome de l'organe gestateur.

On a longtemps considéré les flexions utérines comme une cause mécanique de dysménorrhée. Il en est ainsi, en effet, mais à la condition qu'il se produise en même temps des phénomènes conjoints. Chez les trois quarts des femmes atteintes de flexions simples, il ne se produit aucune douleur ménorrhagique.

Vient-il à se produire chez elles un peu de catarrhe utérin, quelques symptômes congestifs, conditions incapables de développer la dysménorrhée, lorsque l'utérus n'est affecté d'aucune anomalie, on voit aussitôt se développer les accidents qui sont le propre de cette affection.

(*A suivre.*). Dr Ch. Bertrand

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

De l'aspiration dans la rétention d'urine, par M. le professeur Luecke, de Strasbourg (*Centralblatt fuer chirurgie*). — Depuis la découverte de Dieulafoy, la ponction de la vessie doit être regardée comme une méthode superflue et à rejeter. A ce point de vue, la méthode de Dieulafoy est trop peu connue. Pourtant, il n'y a rien de plus simple et de moins dangereux, lorsqu'on a affaire à une rétention d'urine, et qu'on ne peut parvenir à introduire une sonde, que de pratiquer l'aspiration avec la plus petite aiguille de l'appareil. Précisément à cause du faible calibre de l'instrument, cette opération peut-être répétée aussi souvent qu'on le voudra.

L'auteur a eu l'occasion d'apprécier l'innocuité de cette méthode chez un homme âgé de soixante ans, affecté d'hypertrophie de la prostate, chez lequel une rétention d'urine survint, tandis qu'il était à l'église. Au bout de douze heures, on fit appeler une sage-femme qui, en voulant le sonder, fit une fausse route complète, au point qu'un médecin, qu'on manda ensuite, échoua dans ses tentatives d'introduire une algalie, et ne réussit qu'à provoquer de fortes hémorrhagies. Le malade s'adressa ensuite au professeur Luecke qui, arrivant aussi toujours dans la fausse route, pratiqua l'aspiration de l'urine au-dessus de la symphyse. Il appliqua ensuite de la glace sur la région du périnée qui était tuméfiée.

Cette opération dut être répétée cinq fois, avant qu'on pût parvenir à introduire une sonde dans la vessie. Depuis, il n'y eut plus de rétention d'urine; mais les symptômes de septicémie se développèrent lentement et le malade succomba au bout de quinze jours, aux abcès péri-rectaux et péri-prostatiques, que la sage-femme avait déterminés par ses essais de sondage. Les piqûres faites pour l'aspiration n'avaient laissé d'autres traces que celles d'une légère hémorrhagie dans la graisse sous-cutanée. Quant à la paroi de la vessie, elle ne présentait absolument aucune trace de ces petites lésions. On trouva ensuite un petit calcul d'acide urique, que le Dr Girard, interne de M. Luecke, avait senti au moyen du trocart, après en avoir retiré le stylet.

A côté de cette observation, intéressante par l'examen de la vessie, qui prouva l'innocuité complète de cette opération, il y en a eu plusieurs autres où celle-ci a démontré son utilité, au point que la méthode de Dieulafoy doit être considérée comme un grand progrès dans la technique des opérations à pratiquer sur la vessie urinaire.

Hémorrhagie de la main, arrêtée par la compression sans ligature. — M. le docteur Marcailhou d'Aymeric aurait employé avec succès le procédé suivant dans un cas d'hémorrhagie palmaire.

Il s'agissait d'un homme qui, étant tombé avec une bouteille à la main, s'était fait à la face palmaire une plaie de 6 centimètres dirigée de haut en bas de l'éminence hypothénar, vers la partie moyenne de la paume. On apercevait au fond de l'incision l'ouverture béante de l'artère palmaire superficielle, ainsi que de la collatérale interne du petit doigt.

M. Marcailhou se préparait à faire la ligature de ces vaisseaux, quand l'idée lui vint de faire la compression directe sur ceux-ci, tout en comprimant avec des bandelettes de diachylon les artères radiale et cubitale.

A cet effet, des bourdonnets de charpie, imbibés de perchlorure de fer, furent placés sur la longueur entière de la plaie en écartant les bords de la solution de continuité. Au bout de quelques instants, l'hémorrhagie cessa.

Quelques jours plus tard, le malade ayant soulevé un peu l'appareil, le sang commença de nouveau à sourdre au dehors.

Un bourdonnet de charpie s'adaptant à la largeur et à la profondeur de la plaie et baigné de perchlorure de fer, fut alors fortement introduit entre les lèvres de la solution de continuité ; au-dessus, on fit la compression avec quelques disques d'amadou et le tout fut maintenu avec un bandage compressif.

La suppuration s'établit dès le lendemain ; dix jours après, l'amadou fut enlevé sans inconvénient et un mois environ après l'accident, une ligne blanchâtre indiquait seule l'endroit où avait eu lieu la solution de continuité. — (*Journ. de méd. et de pharm. de l'Algérie.*)

Laryngite striduleuse. — *Traitement*, par les docteurs Krishaber et Peter. — Pendant l'accès, on trempe une éponge, qui doit être assez volumineuse, dans de l'eau très-chaude, de façon à ce qu'elle ne détermine pas de brûlure, et on la passe, pendant dix à quinze minutes, sous le menton et au devant du cou du petit malade. Sous l'influence de cette haute température, artificiellement communiquée à la peau, il s'y produit une fluxion, qui tend à déplacer celle qui existe au larynx, et l'oppression cesse bientôt d'une façon remarquable. On continue l'appel fluxionnaire vers la peau du cou, soit en y appliquant ensuite un cataplasme très-chaud, recouvert d'une couche de ouate et de taffetas gommé, soit plus simplement en entourant le cou d'une cravate de ouate recouverte de taffetas gommé. — Comme moyen auxiliaire, promener des sinapismes sur les membres inférieurs, et entretenir autour du malade une atmosphère de vapeur d'eau chaude, en plaçant sur des tables, autour du berceau de l'enfant, de grandes cuvettes pleines d'eau bouillante, dont les vapeurs sont rassemblées à l'aide des rideaux. — Dans certains cas, un vomitif, tel que le sirop d'ipéca, donné par cuillerées à café de cinq en cinq minutes, complète le traitement, qui doit être aussi simple que possible. (*L'Union Médicale.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Formule contre le carreau

Docteur Lubert

Teinture de rhubarbe . .	30 gram.
Acétate de potasse liquide (Codex).	8 —
Vin stibié (Codex).	4 —

Mêlez. — On administre cette mixture à l'enfant malade, par gouttes, dans une cuillerée à café d'eau sucrée, trois fois par jour : le matin, à midi et le soir. Le nombre des gouttes, à chaque dose, doit être proportionné à l'âge du sujet, 10 gouttes au minimum, 20 gouttes au maximum. — Pas de traitement accessoire. Il n'y a pas d'autres contre-indications qu'un état fébrile

très-prononcé ou une diarrhée. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Potion cyanique

Docteurs Lelu et Lugan

Cyanure double de potassium et de zinc. . . . . 0.07 centigr.
Eau distillée. . . . 100.00 —
Sirop de sucre. . . 30.00 —
Alcoolé d'essence de menthe . . . . . n° 5 gtt.

A prendre par grandes cuillerées en 24 heures. Cette potion est destinée à remplacer, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, diverses préparations cyaniques moins stables que le cyanure double. (*Bul. de ther.*)

Phthisie laryngée.

Traitement du professeur Krishaber.

P. Extrait d'opium. . } ãã 0.50 centigr.
Extrait de belladone}
Hydrolat de laurier cerise. . . . . 20 grammes
f. dissoudre.

Toucher avec un pinceau imbibé de ce liquide, les ulcérations de l'épiglotte, pour calmer les douleurs très-vives de la déglutition.

P. Feuilles de belladone. 2 grammes
Eau distillée q. s.
f. infusion de. . . . 250 —
Hydrolat de laurier cerise. . . . . 30 —

Cette préparation versée dans un appareil à inhalations. Le malade en aspire les vapeurs pendant quelques minutes plusieurs fois par jour.

Les fomentations chaudes sur le cou soulagent également les douleurs aiguës spontanées. (*Courr. méd.*)

BIBLIOGRAPHIE

Effets physiologiques et applications thérapeutiques de l'air comprimé, par le Dr J.-A. Fontaine (1).

La thérapeutique pneumatique est une conquête de la science moderne. C'est une découverte française. L'idée d'employer le *séjour dans l'air comprimé*, dans le traitement de diverses affections, date de 1834. Elle appartient à M. le Dr Junod qui, le premier, a présenté à l'Académie des sciences un mémoire sur les effets de la condensation et de la raréfaction de l'air.

Peu après Junod, le Dr Pravaz et l'ingénieur Tabarié, le premier à Lyon, le second à Montpellier, présentèrent un mémoire dont les conclusions furent un peu différentes de celles du promoteur de la méthode. Ces travaux valurent à ces deux savants expérimentateurs une récompense académique de 2,000 francs.

Les pratiques de la médecine pneumatique se répandirent assez rapidement à l'étranger. Il se créa des établissements d'aérothérapie en Autriche, en Suède, en Ecosse, en Danemark, en Russie. Partout on y enregistra des succès. Or, c'est ici, encore une fois, que se traduisent les singulières tendances de l'esprit français. Il n'existe aujourd'hui, dans notre pays, que quatre établissements pneumatiques, tandis qu'on en compte plus de cinquante à l'étranger.

Cette méthode a été empruntée à l'industrie. On n'a pas tardé à reconnaître les effets quelquefois utiles, le plus souvent nuisibles, de l'air comprimé, sur les ouvriers soumis à son action, par leur séjour plus ou moins prolongé dans les divers appareils pneumatiques (cloches à plongeur, scaphandres, nautilus, caissons à air, etc.) Les faits d'observation devaient nécessairement amener à étudier avec soin un modificateur organique aussi puissant, à en régler l'emploi, à l'ériger, en un mot, en une méthode thérapeutique bien définie.

De la connaissance des effets physiologiques du bain d'air comprimé devaient découler ses applications rationnelles à la thérapeutique. Or, quelle est l'action par lui exercée sur nos organes?

(1) In-8° de 240 pages, avec figures. En vente chez Germer-Baillière, libraire, boulevard St-Germain, 108. Prix 6 fr.

Les effets physiologiques du bain d'air comprimée sont de trois ordres : ils sont *mécaniques, chimiques* ou *mixtes*, c'est-à-dire à la fois mécaniques et chimiques.

1° Comme *effets mécaniques*, il faut citer :

L'augmentation de l'amplitude des inspirations ;

La prolongation du temps de l'expiration ;

L'augmentation de la capacité pulmonaire ;

La diminution du calibre des capillaires des muqueuses superficielles et des téguments ;

La dilatation des capillaires superficiels pendant la décompression.

2° Comme *effets chimiques*, notons :

La suroxygénation de l'hémoglobine ;

L'accélération des pulsations cardiaques, pendant la première heure du séjour dans l'air comprimé.

3° Comme *effets mixtes*, enfin, signalons :

La diminution du nombre des respirations en un temps donné.

De ces données physiologiques, il nous reste à déduire les applications pratiques de la thérapeutique pneumatique.

On peut ranger en trois groupes les affections qui sont guéries, ou avantageusement modifiées par ce nouveau mode de traitement.

PREMIER GROUPE. — *Augmentation de tension de l'oxygène.*

Ce groupe comprend les affections où l'indication thérapeutique unique consiste dans la suroxygénation du sang, laquelle a pour conséquence la suractivité des phénomènes nutritifs. Dans ce nombre il faut ranger : l'anémie, les cachexies, le diabète, l'albuminurie, la goutte, l'obésité, les convalescences.

SECOND GROUPE. — *Augmentation de la pression.*

Ce groupe comprend les états pathologiques où l'indication thérapeutique unique consiste à obtenir la décongestion des muqueuses hypereméiées. Citons : la laryngite chronique, le coryza aigu ou chronique, la surdité catarrhale.

TROISIÈME GROUPE. — *Combinaison de l'accroissement simultané de la pression de l'air et de la tension de l'oxygène.* — Ce groupe comprend les affections où, à l'indication thérapeutique de la décongestion des muqueuses hyperémiées, ou à celle de l'augmentation de la capacité pulmonaire, s'ajoute, à titre d'adjuvant, la suroxygénation du sang. Tels sont, dans le premier cas : l'asthme catarrhal, la coqueluche, la bronchite chronique ; dans le second : l'emphysème pulmonaire, les déformation thoraciques, etc.

Le cadre si restreint d'une simple analyse bibliographique ne nous permet pas de suivre pas à pas l'auteur dans l'exposé si bien fait, si attachant, de la méthode pneumatique. Ce livre est bien propre à inspirer le désir de connaître un mode thérapeutique encore si mal apprécié, et qui semble, cependant, appelé à rendre de grands services dans la pratique. Nous engageons donc ceux de nos confrères qui désirent se tenir au courant des progrès de la science, à prendre connaissance de cet ouvrage. Nous conseillons à ceux d'entre eux qui exercent l'art de guérir dans une localité ou se trouve un établissement pourvu d'un appareil pneumatique, d'en faire l'application sur leurs malades. Par leur expérience personnelle, ils ne tarderont pas à éclairer leur religion et celle de leurs collègues, sur une médication encore tout à l'étude. A en juger par les cas remarquablement probants consignés dans le livre de M. Fontaine, ce mode thérapeutique semble de nature à rendre de grands services, à la condition, toutefois, d'être appliqué avec prudence et discernement. B.

Guide annuaire de l'Etudiant en médecine et en pharmacie, contenant tous les renseignements indispensables aux étudiants, par le Dr Fort, professeur libre d'anatomie à l'École

pratique. — 6e édition pour l'année scolaire 1877-1878.

Ce petit livre n'est pas utile aux seuls étudiants, ainsi que l'indique son modeste titre. Il l'est également à toutes les personnes qui désirent se procurer des renseignements précis : sur la législation qui nous régit, sur l'enseignement libre et officiel, sur le concours de l'externat et de l'internat, sur les examens de fin d'année et du doctorat, sur les services hospitaliers de Paris. Un chapitre spécial est consacré à la médecine et à la pharmacie militaires : un aux officiers de santé, un autre aux sages-femmes, etc., etc.

On voit, par ce court exposé, que non-seulement le *Guide-Annuaire* de M. Fort est indispensable à tous les étudiants, mais qu'il peut fournir aussi des renseignements très-utiles aux médecins eux-mêmes, ainsi qu'aux familles dont les enfants se destinent à embrasser la carrière médicale, soit civile, soit militaire. (Prix : 2 fr. Rue Antoine-Dubois, 2).

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1877.

Présidence de M. Bouley.

Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. Woillez, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Hérard et Moutard-Martin, lit un rapport sur un mémoire du docteur Pagès, médecin en chef de l'hospice d'Alais (Gard), ayant pour titre : *Etude clinique sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.* — Voici la pensée fondamentale de ce rapport :

Tout en reconnaissant l'influence qu'a pu avoir l'agglomération plus ou moins nombreuse des soldats sur la production de la fièvre typhoïde à Alais, nous ne saurions admettre l'opinion trop exclusive de l'auteur. L'encombrement est loin d'être la cause essentielle des épidémies de fièvre typhoïde, combien n'en voit-on pas se développer là où existent les meilleures conditions possibles d'aération, de bien-être et d'alimentation ?

Dyspepsie flatulente. — M. Leven donne lecture d'un travail intitulé : *Des gaz de l'estomac et de l'intestin, et de la dyspepsie flatulente.*

Le gaz ne signifie pas, pour l'auteur, une fermentation de l'aliment, mais bien une irritation de l'intestin qui se traduit dans la fibre musculaire par un trouble de sa fonction.

Les aliments ne paraissent pas produire de gaz, ceux que l'on trouve dans le tube digestif viennent de l'air extérieur, du sang et des matières fécales.

Les gaz qui se produisent dans la dyspepsie flatulente ne sont pas dus à une décomposition de l'aliment, mais provenant des trois sources que nous venons d'indiquer, ils sont mis continuellement en mouvement par les contractions pathologiques des fibres musculaires de l'intestin, expulsés par la bouche ; ils sont continuellement renouvelés ; leur production peut être incessante aussi bien chez un individu à jeun que chez celui qui est nourri.

Le symptôme de production du gaz signifie donc une irritation de l'intestin qui est toujours consécutive à une dyspepsie stomacale déjà ancienne.

Cachexie alcaline. — M. Mialhe donne lecture d'un travail sous le titre de : *Nouvelles recherches sur le rôle des alcalins dans l'économie animale.*

M. Mialhe a essayé, dans ce travail, de résoudre cette question : les bicarbo-

nates alcalins administrés à hautes doses, peuvent-ils donner naissance à une cachexie spéciale désignée sous le nom de cachexie alcaline?

L'ensemble des arguments tirés de la chimie, de la physiologie et de la pathologie, qui sont longuement développés dans son travail, conduisent M. Mialhe à résoudre cette question par la négative.

Officiers de santé. — M. Gallard, candidat pour la section d'hygiène, médecine légale et police médicale, lit un mémoire sur *les opérations interdites aux officiers de santé* (*absence de sanction pénale, lacunes de la loi relative à l'exercice de la médecine ; nécessité d'une législation nouvelle.*).

Séance du 16 octobre 1877

Présidence de M. Baillarger.

Hygiène des boissons alcooliques. — M. Lunier lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur l'hygiène des boissons alcooliques.*

Les boissons alcooliques que l'on consomme en France sont : le vin, le cidre, la bière, les eaux-de-vie et liqueurs.

Le vin est notre véritable boisson nationale ; nous en consommons, en moyenne, depuis dix ans, 50 millions d'hectolitres par an, soit environ 120 litres par habitant. La consommation a suivi la production dans ses oscillations, mais dans l'ensemble, elle a augmenté progressivement depuis cinquante ans. Elle était de 55 à 60 litres de 1829 à 1833, et elle est aujourd'hui de plus du double.

Le vin n'est réellement une boisson courante que dans soixante-douze départements; encore, dans quinze de ces derniers, la consommation n'est-elle que de 38 à 80 litres ; dans les cinquante-sept autres, on en consomme de 88 à 360 litres.

La consommation du cidre tend à diminuer; depuis vingt ans elle est descendue de 24 à 20 litres par tête, ce qui n'est que médiocrement à regretter en raison de la mauvaise qualité des cidres; on boit aujourd'hui de l'eau-de-vie pour faire digérer le cidre, et plus on consomme de l'un, plus on absorbe de l'autre.

Il n'y a guère que neuf départements dans lesquels le cidre constitue la boisson courante et où la consommation dépasse 75 litres par tête ; ils occupent notre frontière du nord-ouest.

La consommation de la bière a augmenté progressivement et sans temps d'arrêt depuis cinquante ans ; elle n'était que de 8 litres 45 centilitres en 1829, et elle est aujourd'hui de 22 litres environ.

La bière n'est une boisson usuelle que dans quatre départements qui sont groupés sur la frontière belge et qui consomment de 75 à 220 litres par tête. On se plaint déjà, sur quelques points, de la mauvaise qualité des petites bières, et il est à craindre que bientôt il en soit de la bière comme du cidre et que l'on boive du genièvre pour la digérer.

La consommation de l'alcool a augmenté progressivement depuis quarante ans ; elle était de deux litres par tête en 1839 elle est aujourd'hui de près de trois litres.

Les départements qui consomment le plus d'alcool sont ceux qui ne récoltent pas de vin : le contraste est sous ce rapport des plus frappants : on en consomme même fort peu dans ceux qui ne produisent que des eaux-de-vie de vins.

Il ressort, en effet, des documents recueillis par M. Lunier :

1° En ce qui concerne les cas de morts accidentelles déterminées par des excès de boissons, que c'est dans les départements qui consomment le plus d'alcool que les excès de boissons déterminent le plus de morts accidentelles; on en observe rarement dans ceux qui consomment le plus de vin.

2° Que l'examen des résultats de l'application de la loi sur l'ivresse de 1874 à 1876 conduit aux mêmes conclusions:

les cas d'ivresse poursuivis sont cinq fois plus nombreux dans les départements qui consomment surtout de l'alcool que dans ceux qui consomment du vin.

3° Qu'il en est même des cas de folie de cause alcoolique : le nombre en est presque partout en raison directe de la consommation des alcools et particulièrement des alcools d'industrie. Il n'y a guère d'exception que pour la Vendée et la Charente-Inférieure qui ne consomment que des vins blancs, lesquels sont presque aussi dangereux sous ce rapport que les eaux-de-vie.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS

Séance du 8 août 1877

Présidence de M. le Dr Domerc.

Nominations. — Sont nommés membres titulaires de la Société : MM. Diday et Laguérie; membres correspondants, MM. Camille Valentin (de Nancy) et Gélineau (d'Aigrefeuille).

Prix de la Société.

CONCOURS DES PRIX POUR 1877.

M. le secrétaire général informe la Société qu'un seul mémoire a été adressé pour le concours des prix pour l'année 1877 M. le président le renvoie à l'examen d'une commission composée de MM. de Piétra-Santa, Passant et Machelard, rapporteur.

PRIX ANNUEL. — M. le secrétaire général propose d'indiquer un sujet de prix pour l'année 1878. Après une courte discussion, la Société décide de mettre au concours la question suivante : *Avantages de l'extension de la chirurgie à domicile aux Sociétés de secours mutuels ; des meilleurs moyens à employer pour organiser ce service.* — Les récompenses consisteront en plusieurs médailles d'or et d'argent. — Les mémoires devront être envoyés, suivant les usages académiques, avant le 31 décembre 1878, à M. le secrétaire général de la Société, à Paris, 39 rue de Grenelle-Saint-Germain.

Nomination des médecins des bureaux de bienfaisance.

M. le Dr Domerc fait hommage à la Société d'un exemplaire de la loi sur l'organisation des Bureaux de Bienfaisance. Il dit que le mode de nomination des médecins a toujours été fait jusqu'ici dans un esprit absolument opposé aux prescriptions de ce document. Depuis longtemps déjà, du reste, on avait signalé, à ce sujet, les abus d'autorité commis par l'administration, puisque, en 1826, Chaillery se plaignait que l'on eût confié son service médical à un simple infirmier. Depuis cette époque, est intervenue la loi du 11 janvier 1849, dont le paragraphe 7 dispose que les médecins des Bureaux de Bienfaisance seront dorénavant nommés au concours ou par les suffrages de leurs collègues. M. Domerc estime que la Société devrait faire une démarche auprès de M. le directeur de l'Assistance publique, pour l'engager à nous accorder le bénéfice de la seconde de ces alternatives, le concours n'étant pas encore praticable : il croit que l'administration ne serait pas fort éloignée d'accepter.

M. le Dr Fontès appuie la proposition, qui est votée à l'unanimité. Il est décidé que le bureau se rendra auprès de M. le directeur de l'Assistance pour lui exprimer ce vœu de la Société.

Sur l'observation de M. le Dr Monceaux, qui demande ce qu'il adviendra des médecins adjoints, M. Domerc répond que, pour l'administration, ceux-ci n'existent pas ; jamais elle ne s'engage par avance à les nommer titulaires : leur situation ne serait donc aucunement modifiée, si l'on revenait à l'exécution des prescriptions de la loi du 11 janvier 1849.

Sur la suppression de la Direction municipale des nourrices (Discussion). — L'ordre du

jour appelle la suite de la discussion sur la suppression de la direction municipale des nourrices.

M. le Dr Bonnefoy dit que la Direction municipale des nourrices, dont M. Brochard regrette la suppression, est loin d'avoir rendu les services que lui attribue ce confrère. C'est ainsi que, suivant le rapport adressé par M. Husson à l'Assemblée nationale, le nombre des locations de nourrices campagnardes faites chaque année à Paris, s'élèverait à onze mille environ; sur ce chiffre, en moyenne, neuf mille cinq cents seraient dues aux bureaux particuliers, et quinze cents seulement à la Direction municipale. D'où il résulte que les efforts de la Direction figureraient pour moins de 13,64 p. 0/0, et ceux des bureaux particuliers pour plus de 86 p. 0/0 dans le placement des nouveau-nés. Ces chiffres ont été relevés dans une statistique faite en 1869; mais le dépouillement de documents analogues postérieurs montre que les proportions n'ont guère varié jusqu'en 1875. — Le péril ne serait donc pas aussi grand que nous l'a montré M. Brochard, ajoute M. le Dr Bonnefoy, et j'estime qu'il faut laisser au temps le soin de juger si la mesure prise par l'administration aura les funestes conséquences que l'on annonce.

M. le Dr Passant avoue qu'il n'a pas été très-ému d'abord par la suppression du Bureau des nourrices. Comme beaucoup de nos confrères, probablement, il n'en a pas toujours vu l'utilité. Malgré un grand nombre de certificats qu'il a délivrés, il n'a pas souvent obtenu des nourrices qu'il sollicitait, pour des enfants nouveau-nés dont les mères étaient malades. Du reste, ainsi que M. Brochard l'a indiqué lui-même, une partie de ce service fonctionne encore à l'hospice des Enfants Assistés, et M. le Directeur de cet établissement est tout prêt à accueillir, dit-il, les demandes qui pourraient lui être adressées à ce sujet, par les médecins des Bureaux de Bienfaisance. Mais, à côté de cette population tout à fait pauvre, et qui peut trouver, aux enfants assistés, un service organisé de nourrices, il est une classe de la population parisienne, les petits boutiquiers, qui a été particulièrement lésée par la suppression de la direction municipale. Ceux-là en sont réduits à s'adresser aux bureaux particuliers, où, comme l'a dit M. Brochard, la surveillance médicale n'existe pas.

M. le Dr Machelard croit que les documents apportés par M. Bonnefoy dans la discussion sont trop anciens, en présence des ordonnances nouvelles sur la police des nourrices et des nourrissons. Il insiste également sur le fait annoncé par M. Passant, que le directeur de l'hospice des Enfants-Assistés se fait fort de répondre aux demandes de nourrices.

M. Gibert pense que la Société n'a qu'une chose à faire : insister auprès de l'administration pour que toutes les prescriptions de la loi Roussel soient plus sévèrement appliquées.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE

—

Ablation du maxillaire supérieur.

M. le Dr Berrut montre à la Société une pièce pathologique recueillie dans les circonstances suivantes :

Il y a quinze jours, à la consultation du Bureau de Bienfaisance, MM. Passant et Bernier de Bournonville, ont eu l'occasion de voir un homme de quarante-et-un ans, affecté d'une énorme tumeur dans la région du maxillaire supérieur droit. D'une santé parfaite, d'ailleurs, il raconte qu'il y a huit ans il a beaucoup *souffert des dents*, et que, par trois fois, on lui en a arraché une à l'hôpital Saint-Antoine. D'après les commémoratifs, il y aurait eu fracture de l'alvéole et formation d'une tumeur fluctuante; ponctionnée par un médecin de la ville, il serait sorti une quantité de sang que le malade évalue à une chopine. Depuis lors, aucune espèce de traitement nou-

veau, mais la tumeur a toujours été en augmentant, sans néanmoins éveiller de douleur. Toutefois, il y a une grande gêne dans la déglutition et la mastication, et une absence de sommeil presque absolue. A la consultation, on constate que la peau est fortement repoussée en avant, et qu'elle exerce une traction marquée sur la paupière, que la narine, du même côté, est déviée, et que la tumeur, débordant en dedans et en dehors, s'étend en arrière jusqu'au milieu de la voûte palatine. En bas, on constate la présence d'un sillon ulcéré produit par les dents de la mâchoire inférieure, et qui donne lieu à un écoulement muqueux et purulent.

Quelle conduite fallait-il tenir en présence de cette tumeur? Sa durée déjà un peu longue (8 ans) excluait, tout d'abord, l'idée d'une tumeur régressive. D'un autre côté, l'ulcération produite par les dents et accompagnée d'une suppuration absorbée d'une façon continuelle pouvait faire craindre une intoxication purulente. De plus, la tumeur, parfaitement localisée, se délimitait facilement, en sorte que rien ne devait s'opposer à une extirpation entière. Elle fut résolue et pratiquée le 31 juillet.

La désarticulation du maxillaire supérieur fut faite par M. Berrut, à l'aide de la pince de Liston, à laquelle l'opérateur reconnaît de grands avantages. Seule, la section de l'os malaire a été un peu laborieuse, peut-être en raison de l'insuffisance de longueur des bras de la pince. La section de la peau a été faite de la tempe à la commissure, d'après le procédé de Velpeau. La réunion par première intention, tentée sur toute la longueur de la plaie linéaire, n'a manqué qu'au niveau du canal de Sténon, où il a été nécessaire de réappliquer deux points de suture entortillée. Une semaine après, les points de suture enlevés, la réunion a été complète sur toute l'étendue de l'incision. A l'examen de la pièce pathologique, la cavité du sinus n'existait plus; elle était remplie de végétations osseuses et chondromateuses qui constituaient la tumeur. Le malade a été présenté à la séance du 10 octobre dernier, où on a pu constater sa complète guérison. La cicatrice linéaire, recouverte par la barbe, n'est apparente que lorsqu'on l'examine de près.

Dans l'opération, il a été possible de conserver la portion horizontale de l'os palatin ce qui maintient l'intégrité du voile du palais et donnera un point d'appui utile pour l'application d'un obturateur.

La nature d'apparence fibreuse de la tumeur, ses limites précises, son ablation complète font espérer à M. Berrut qu'il n'y aura pas de récidive.

M. le Dr Fontès fit un rapport sur un travail de M. le Dr Gélineau (d'Aigrefeuilles), candidat au titre de membre associé national de la Société. Ce travail a pour titre :

Emploi du rétroceps dans les présentations de la face.

Le travail de M. Gélineau est basé sur 28 cas d'applications de cet instrument, empruntés à la pratique de divers confrères. Ces cas sont marqués par autant de succès.

L'observation qui a inspiré ce travail à M. Gélineau peut se résumer ainsi :

Deux confrères, appelés avant lui, ont essayé en vain d'effectuer *la version* et d'appliquer *le forceps*. C'est dans ces graves conditions, après un pénible travail de *trois jours*, que l'assistance de M. Gélineau a été réclamée. Il a appliqué le rétroceps, grâce auquel il a eu le bonheur de mettre au monde un enfant vivant. Après quelques accidents, qui ont été la suite de cet accouchement prolongé, la malade s'est parfaitement rétablie.

Ce travail donne lieu à une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Fontès, Domerc, Passant et Ramon. Sur la proposition de quelques membres, cette question, une des plus

importantes de l'obstérique, doit être mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances, en vue de consacrer tout le temps nécessaire à une discussion qui ne saurait manquer d'exciter un grand intérêt.

On passe ensuite au scrutin, à la suite duquel, à l'unanimité des suffrages, M. le Dr Gélineau est proclamé membre associé national de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance.

Statistique médicale des Bureaux de Bienfaisance (*août et septembre* 1877), par le Dr *E. Gibert.*

Qu'il me soit permis d'abord de remercier nos honorables collègues MM. Coqueret, Fontès, Monceaux, Bernier de Bournonville, Domerc, Bonnefoy, Dal-Piaz, Passant et Paul Richard. C'est grâce à leur zèle soutenu que nous pouvons fournir quelques indications sur les affections traitées à domicile par l'important service du Bureau de Bienfaisance; nous désirons vivement que leur exemple soit suivi par un grand nombre de confrères, car, de documents plus nombreux sortiraient, nous en sommes sûrs, des renseignements plus précis et par cela même plus utiles. Nous espérons que nos confrères voudront bien joindre, à leur dévouement, un peu de travail pour la science, et qu'ils comprendront tout ce qu'on peut tirer du Bureau de Bienfaisance convenablement interrogé.

Les affections qui se sont présentées le plus souvent sont celles des organes digestifs. Entérites, gastro-entérites, dysentéries, puis, en seconde ligne, les bronchites, congestions pulmonaires, pneumonies; les rougeoles ont constitué une sorte de petite épidémie dans le cinquième arrondissement (Dr Domerc, 17 cas), et dans le douzième arrondissement (14 cas sur 50 inscriptions dans le mois d'août, Dr Gibert). Un chiffre assez important est celui de 12 cas de méningite, 11 améliorations, 1 décès (rapport de M. Dal-Piaz). Ici se fait sentir l'inconvénient du chiffre sans explications. Enfin, M. Domerc signale 3 cas de diphthérie guéris, et M. Fontès 1 cas mortel.

L'un des secrétaires,
Dr Edouard Labarraque.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Service de santé militaire.— Ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Roudet (Jean-Baptiste).

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Leplat (Emile-Claude).

Au grade de médecin-major de 1re classe: M. Bergé (Joseph-Théophile-Polydore); M. Reech (François-Antoine); M. Guyon (Jules-Louis-Alexandre); M. Moussu (Amédée-Charles-Eugène); M. Ferra (Jean-Baptiste); M. Nogier (Joseph-Jules); M. Emery-Desbrousses (Etienne-Joseph-Aristide-Ernest); M. Tardif (Anthelme-Antoine-Henri).

Ancien Hôtel-Dieu. — On a commencé à démolir les colonnes qui formaient le portique de l'ancien Hôtel-Dieu. La chute de ces colonnes a mis à découvert différents objets qui étaient placés entre la première et la seconde pierre formant la base. Ces objets se composaient de trois médailles en bronze, une médaille en or, deux pièces de monnaie dont une de 40 francs en or et l'autre de 5 francs en argent; toutes portaient la date de 1803, et étaient à l'effigie de Napoléon, consul. Il y avait en outre un vieux parchemin, tellement endommagé que l'écriture en est presque indéchiffrable.

En soulevant la pierre sur laquelle

ces objets étaient placés, on a trouvé un autre parchemin, qui contenait les noms des compagnons ayant coopéré à la pose de la première pierre.

***

École pratique. — Jeudi, 11 octobre, a eu lieu, au tribunal de commerce, l'adjudication des travaux de reconstruction et d'agrandissement de l'Ecole pratique de médecine.

Ces travaux, évalués à la somme de 1,500,000 francs, devront être exécutés avant l'Exposition de 1878.

***

Hygiène publique. — Une ordonnance de police du 15 juin 1862 a enjoint aux chaudronniers, étameurs ambulants et autres, d'employer exclusivement de l'étain fin pour l'étamage des vases de cuivre devant servir aux usages alimentaires. Or, des analyses chimiques récemment faites par les soins du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine ont établi que très-souvent cette prescription n'était pas exécutée. Il a été, en effet, trouvé dans des échantillons de métal employé à l'étamage de vases de cuisine des quantités de plomb relativement considérables. La préfecture de police vient de prescrire une visite d'inspection à ce sujet.

— Une commission composée d'ingénieurs, d'architectes et de membres du Comité de salubrité publique vient de visiter toutes les écoles de Paris pour se rendre compte des aménagements et des conditions hygiéniques. Sur ses observations, des réparations et des améliorations vont être faites à un grand nombre d'établissements scolaires.

— La falsification des vins par la fuschine et les dangers qu'elle fait courir à la santé publique ont donné lieu, depuis quelque temps, à de nouvelles mesures pour arriver à sa répression.

Autrefois la dégustation se faisait au domicile du marchand de vins; tout cela se passait pour ainsi dire sans contrôle sérieux, et la tolérance était grande.

Aujourd'hui une commission spéciale est envoyée chez le débitant. Si un vin est suspecté de mélange, les commissaires en prennent deux échantillons qui sont cachetés. L'un de ces échantillons est laissé au marchand, qui doit le représenter intact à toute réquisition.

L'autre est remis aux chimistes de la préfecture, qui ne connaissent même pas le nom du délinquant. L'expertise est donc faite en toute sincérité et sans considération de personnes.

Si la présence de la fuschine ou de toute autre matière dangereuse est signalée, le marchand de vins est tenu de représenter l'échantillon qu'on lui a laissé, on le compare avec le vin analysé et le marchand est puni sévèrement. Car il ne peut plus, comme il le faisait souvent autrefois, élever des doutes sur l'identité de son vin avec celui qui a fait l'objet de l'expertise. (*Bien public.*)

***

Faculté de médecine de Paris.— Les cours d'hiver de la Faculté (année scolaire 1877-1878) auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 5 novembre :

PHYSIQUE MÉDICALE (mercredi, vendredi, à midi). — M. Gavarret : Physique générale, électricité, acoustique, météorologie. — Les lundis, à cinq heures (petit amphithéâtre) : Physique biologique, phénomènes physiques de la vision.

PATHOLOGIE MÉDICALE (lundi, mercredi, vendredi, à trois heures). — M. Jaccoud : Maladies infectieuses, maladies constitutionnelles.

ANATOMIE (lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures). — M. Sappey : Les appareils de la digestion, de la respiration et de la génération.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES (lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures). — M. Chauffard : *Patho-*

logie générale : Continuation des études des éléments morbides communs, thérapeutique générale.

CHIMIE MÉDICALE (jeudi, samedi, à midi). — M. Wurtz : Chimie médicale. — Les mardis, à quatre heures (petit amphithéâtre) : Chimie biologique, phénomènes chimiques de la digestion.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE (mardi, jeudi, samedi, à trois heures). — M. Trélat : Les hernies, maladies des organes génito-urinaires.

OPÉRATIONS ET APPAREILS (mardi, jeudi, samedi, à quatre heures). — M. Léon Le Fort : Opérations générales, thérapeutique des maladies des vaisseaux, des os et des articulations.

HISTOLOGIE (mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre). — M. Robin, suppléé par M. Cadiat, agrégé : Etude des systèmes organiques (2e partie du programme imprimé).

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE (mardi, jeudi, samedi, à cinq heures). — M. Parrot : Histoire de quelques maladies épidémiques, variole et vaccine, rougeole.

CLINIQUES MÉDICALES (tous les jours, de huit heures à dix heures du matin). — M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu ; M. Lasègue, à la Pitié ; M. Hardy, à la Charité ; M. Potain, à l'hôpital Necker.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES (tous les jours, de huit heures à dix heures du matin). — M. Ball.

CLINIQUES CHIRURGICALES (tous les jours de huit heures à dix heures du matin). — M. Gosselin, à la Charité ; M. Richet, à l'Hôtel-Dieu ; M. Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté ; M. Verneuil, à la Pitié.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS (tous les jours, de huit heures à dix heures du matin). — M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

***

La Société contre l'abus du tabac vient de mettre à l'étude la question suivante :

« Influence du tabac sur les fonctions de la génération. Dans quelle mesure le tabac peut-il déterminer la dégénérescence de la race ? »

La Société va entreprendre des expériences sur les animaux ; elle prie, en outre, les médecins qui possèdent des observations sur cette importante question de vouloir bien les lui faire parvenir. — Rue Saint-Benoît, 5, à Paris.

***

L'Université catholique de Paris vient d'adresser au ministre de l'instruction publique, par l'intermédiaire de l'archevêque de Paris, une demande à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du 4 au 11 octobre*, on a constaté, 817 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 13 ; scarlatine, 3 ; fièvre typhoïde, 18 ; érysipèle, 5 ; bronchite aiguë, 39 ; pneumonie, 51 ; dysentérie, 3 ; diarrhée cholériforme des enfants, 91 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 : angine couenneuse, 27 ; croup, 13 ; affections puerpérales, 1 ; affections aiguës, 223 ; affections chroniques, 346 (dont 152 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 40 ; causes accidentelles, 25.

Du 11 au 18 octobre, 900 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 6 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 37 ; érysipèle, 7 ; bronchite aiguë, 86 ; pneumonie, 65 ; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 5 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 46 ; croup, 14 ; affections puerpérales, 6 ; affections aiguës, 264 ; affections chroniques, 366 (dont 178 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 48 ; causes accidentelles, 26.

Le Rédacteur en chef, gérant.

Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris. — Imp. Balitout, Questroy et Cie, 7, rue Baillif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

22

N° 20. — 15 NOVEMBRE 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Service de M. Rigal.

§ 1. — Embolie cérébrale occasionnée par une affection cardiaque.

Le malade qui occupe le n° 6, atteint depuis longtemps de dyspnée accrue par les mouvements, fut frappé subitement, il y a seize jours, d'émiplégie des membres du côté droit. Il est entré à l'hôpital il y a huit jours. Les battements du cœur, à ce moment, étaient irréguliers; sous l'influence de la digitale, ils se sont régularisés, mais il y a encore un peu d'arythmie. La paralysie à droite est complète; il y a aussi de l'aphasie.

§ 2. — Rhumatisme polyarthritique blennorrhagique.

Le malade, couché au n° 9, présente de l'intérêt au point de vue de la précision du diagnostic. Il est atteint de blennorrhagie datant de trois semaines. Depuis cinq jours se sont développées des douleurs ayant pour siéges le poignet, les pieds, l'épaule et le coude gauches. S'agit-il d'un rhumatisme polyarticulaire idiopathique, ou d'arthrites blennorrhagiques?

Si l'on examine le poignet, on voit que l'articulation radio-carpienne n'est pas tuméfiée. Si l'on imprime quelques mouvements limités à cette articulation, on n'occasionne pas de douleur. D'un autre côté, le dos de la main est tuméfié. Il est manifeste que ce sont les gaînes des tendons extenseurs qui sont le siége de l'inflammation.

Si l'on examine les pieds, on remarque également que l'articulation n'est pas atteinte, et que ce sont les gaînes des péroniers latéraux qui sont enflammées.

Au coude, à l'épaule, mêmes remarques. Ce n'est donc qu'en apparence que les articulations semblent affectées; la vérité, c'est que l'inflammation a pour siége les gaînes tendineuses périarticulaires et les attaches musculaires.

Il faut aussi tenir compte de deux autres particularités qui, sans être décisives, ont bien leur importance au point de vue diagnostic.

Il y a une apyrexie complète. La température marque 37°2. Le cœur ne présente aucune anomalie fonctionnelle, aucun bruit pathologique. Bien que la diffusion rhumatismale constitue dans l'espèce une exception, ce cas peut-être considéré comme un beau type de rhumatisme polyarthritique blennorhagique.

§ 3.—Tic douloureux de la face.

Le malade du n° 21 présente également le type le plus achevé de la cruelle maladie désignée sous le nom de *tic douloureux de la face*. Il s'agit d'un homme de peine, âgé de quarante ans, et d'une forte constitution. L'année dernière, il a été une première fois atteint de cette même affection, sans pouvoir en apprécier la cause déterminante. Cette seconde atteinte, qui

compte en ce moment deux mois d'invasion, est encore plus cruelle. Le siége de la douleur est la région frontale. Sous l'influence de l'accès, cet homme ferme les yeux et appuye avec force son mouchoir sur le front. Ces crises se répètent jusqu'à cent fois et plus dans les vingt-quatre heures. Le malade a perdu tout sommeil, car, à peine endormi, il est réveillé en sursaut par des douleurs fulgurantes.

Une chose frappe tout d'abord, lorsque l'on examine ce malade. La région frontale est couverte de nombreux boutons de la grosseur du bout du doigt. Ces petites tumeurs ne sont autre chose que la conséquence des nombreuses injections de morphine pratiquées *loco dolenti*.

— Nous ne pouvons nous empêcher, à ce propos, de faire remarquer que le lieu de ces piqûres nous semble mal choisi, pour plusieurs raisons :

La première, c'est que, dans cette région, la peau est plus sensible et plus épaisse que dans les autres points du corps, double condition qui rend les injections plus douloureuses et plus difficiles à pratiquer.

En second lieu, la multiplicité même des boutons douloureux nous semble propre encore à exaspérer les souffrances du malade.

Nous nous demandons, enfin, la raison de ces injections *in situ*, qui, avons-nous dit, sont plus douloureuses, quand il est bien démontré que des effets aussi sûrs et presque aussi rapides sont obtenus en opérant à une distance éloignée du siége du mal? Pour nous, en principe, nous pratiquons ces injections au-dessus de la région olécranienne. En cette partie du corps, la peau est très-fine et souple, et la piqûre n'y détermine qu'une légère douleur. Quand, ainsi que chez ce malade, on doit effectuer un grand nombre d'injections, on peut les pratiquer tour à tour à l'une et à l'autre région olécranienne, puis passer, si besoin est, à d'autres parties de l'enveloppe dermoïde. Pour les raisons ci-dessus énoncées, il n'en est pas qui nous semble moins heureusement choisie que la région du front, parce que dans cette partie la peau est très-épaisse, difficile à saisir pour préparer le pli nécessaire à l'introduction de l'aiguille, peu riche enfin en tissu cellulaire connectif, et, partant, plus disposée sans doute à la production de ces petites tumeurs inflammatoires, dont le front de ce malade est constellé.

Ces réflexions ne sont point une critique. Un très-grand nombre de praticiens sont partisans de ces injections *loco dolenti*. Une expérience étendue sur la méthode hypodermique nous ayant convaincu que le siége de l'injection n'a aucune importance, nous avons cru bon de saisir cette occasion pour faire observer à nos confrères qu'il n'y a nulle nécessité d'agir le plus près possible du mal. En principe, il faut pratiquer les piqûres dans les points où la peau est la plus fine, et la plus aisée à traverser.

(*Note du réd.*)

§ 4. — Carcinome rectal. — Thromboses des veines iliaques.

Le malade du n° 31, souffrant depuis un an, est atteint d'un cancer du rectum. Il présente en outre des complications qui reconnaissent une cause d'ordre différent. Les membres inférieurs sont œdémaciés; il y a un œdème du scrotum et de l'ascite. Evidemment ces épiphénomènes ne reconnaissent pas pour cause directe l'affection carcinomateuse elle-même. Ils sont dus à des thromboses ayant pour siége les ramifications des veines iliaques.

§ 5. — Tumeur cérébrale, d'origine syphilitique presque certaine.

Le malade du n° 33, doué d'une bonne constitution, est atteint de paralysie progressive du côté gauche. Il a été affecté de céphalée opiniâtre siégeant au côté droit. Il a été en proie à des vomissements fréquents et sans

cause appréciable. Il a eu, enfin, un certain nombre d'attaques épileptiformes à répétition. On trouve dans ce cortége symptomatique tous les signes d'une tumeur cérébrale, développée dans la partie droite du cerveau.

Cet homme dit qu'il n'a jamais eu la syphilis.

Cette affection entre par tant de portes, qu'il ne faut pas s'en rapporter trop aveuglément aux assertions des malades. Il n'y a ici nul indice de tuberculose, de cancer ou de toute autre maladie diathésique.

Les symptômes observés ne sont en rapport ni avec le ramollissement cérébral, ni avec l'hémorrhagie. Jusqu'à plus ample informé, il convient de poser le diagnostic ci-dessus, avec quelques réserves, et d'instituer le traitement anti-syphilitique qui ne peut entraîner aucun inconvénient, sauf à en arrêter un plus convenable ultérieurement, s'il y a lieu.

§ 6. — Des fausses améliorations qui peuvent survenir dans le rhumatisme articulaire sub-aigu.

Au n° 38, est un malade atteint de rhumatisme articulaire sub-aigu, qui présente ceci de particulier, qu'hier il se croyait guéri. Toutes ses articulations avaient cessé tout à coup d'être douloureuses, et avaient repris une entière liberté. Cet homme se croyait guéri. Aujourd'hui il se trouve pris de nouveau.

De tels faits s'observent journellement dans le rhumatisme articulaire sub-aigu. En pareils cas, on se sent naturellement porté à attribuer l'amélioration, si subitement arrivée, à l'emploi de l'agent thérapeutique administré dans le même moment. On croit aussi à une prochaine guérison. Il faut savoir se tenir en garde contre de telles illusions. Ces améliorations subites ne sont nullement l'effet des remèdes; elles ne sont attribuables qu'aux seuls efforts de la nature. Il convient de ne se pas trop bercer d'espoir. En pareils cas, en effet, la guérison est souvent loin d'être aussi proche que l'on pourrait se croire fondé à le penser.

Dr E. Picart.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAU

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Service de M. de Saint-Germain.

§ 1er. — CHIRURGIE CONSERVATRICE

Ecrasement de la région du coude, avec issue de la partie inférieure de l'humérus. — Résection. — L'appareil au chas. — Le baume du commandeur. — Conservation du membre, avec des mouvements articulaires assez étendus.

Le 12 septembre dernier, une enfant âgée de huit ans eut la région du coude droit écrasée par une roue de voiture. La partie inférieure de l'humérus faisait issue au travers d'une vaste plaie. La conservation du membre paraissait impossible. Aussi la première pensée de M. de Saint-Germain fut-elle de procéder aussitôt à l'amputation du bras. Cependant l'habile chirurgien résolut de faire son possible pour éviter une mutilation. En conséquence, le lendemain de l'accident, c'est-à-dire le 13 septembre, il reséqua toute la partie articulaire de l'humérus, selon une longueur de 0,025. Le membre, posé en demi-flexion, fut ensuite enveloppé d'une épaisse couche d'ouate sur laquelle fut appliqué un appareil inamovible.

Dans le service de M. de Saint-Germain, ainsi, du reste, que dans quelques autres services hospitaliers, on fait, depuis quelque temps, usage, pour la confection de ces bandages, d'une substance emplastique d'un emploi avantageux. C'est un dérivé de l'amidon de Seutin et de la dextrine de Velpeau.

Cette substance solidifiante, c'est tout simplement du chas, c'est-à-dire de la colle à la farine, telle que l'emploient les tisserands, les relieurs, etc. L'avantage de ce produit, c'est qu'on trouve en tous lieux les éléments nécessaires pour sa préparation. On peut partout se procurer de la farine, dont la valeur vénale est bien inférieure à celle de l'amidon et surtout à celle de la dextrine. Cette substance adhésive s'étend sur les bandages au moyen d'un pinceau, ou simplement avec la main. La résistance de l'appareil devient très-grande. Rien de plus facile que d'enlever, en les déroulant par l'un de leurs chefs, les bandes qui, une fois lavées, peuvent être utilisées de nouveau.

Ce fut un appareil inamovible, au chas, renforcé de deux attelles en carton préalablement mouillé, qui fut posé aussitôt après l'opération, chez cette petite malade, dont l'avant-bras fut maintenu à angle droit sur le bras.

Le 18 septembre, le bandage fut enlevé pour la première fois. Une cicatrice, embrassant la moitié de la circonférence de l'organe, et large de 0,025, avait fait place à la large plaie par écrasement. A son pourtour se remarquait un liseré cicatriciel du meilleur pronostic.

Un nouveau pansement par occlusion fut immédiatement appliqué.

En pareil cas, M. de Saint-Germain a beaucoup à se louer de l'emploi du baume du Commandeur, qui, on le sait, est une teinture composée de benjoin. Une grande quantité de charpie fut imbibée de cette teinture, et maintenue sur la plaie par des tours de bande. C'est là un mode parfait et très-doux d'occlusion et en même temps de cicatrisation.

Deux attelles contentives de carton mouillé ont été appliquées, et maintenues par des tours de bandes, solidifiées, comme ci-devant, au moyen du chas.

Cette enfant présente un beau cas de chirurgie conservatrice. Elle recouvrira certainement l'usage de son membre, par suite de la formation d'une articulation nouvelle, qui pourra limiter un angle obtus.

§ 2. — Fracture de la cuisse. — Raccourcissement de 0,04. — Rupture du cal. — Le pelvi-support. — Appareil inamovible au chas.

Un jeune garçon de dix ans, en se livrant, sur les fortifications, aux jeux de son âge avec ses camarades, se fractura, il y a vingt-cinq jours, la cuisse droite, à sa partie moyenne. Le médecin qui donna des soins au petit blessé, se borna à lui appliquer un bandage de Scultet, limité au membre malade. Aujourd'hui la consolidation est opérée, mais les fragments, fortement portés en haut et en avant, forment un cal angulaire. De là, un raccourcissement du membre, devenu plus court de 0,04.

Faut-il compter sur l'élongation physiologique de l'organe, doit-on laisser à la formation des courbures de compensation de la colonne vertébrale, le soin de parer aux effets de cette consolidation vicieuse? Convient-il, au contraire, d'y remédier de suite, en opérant la rupture du cal? En s'arrêtant à ce dernier parti, on pourrait courir les chances de voir se produire une pseudarthrose. Mais cet accident est bien rare à cet âge de la vie.

Dans l'intérêt de l'enfant, M. de Saint-Germain croit devoir se décider à rompre le cal.

L'enfant étant au préalable chloroformisé, le chirurgien saisit à pleines mains la cuisse et, les pouces faisant opposition aux doigts, il opère artificiellement et sans trop de peine, la fracture du fémur. Quelques tractions suffisent ensuite pour rendre au membre sa longueur primitive.

Voici de quelle façon il est ensuite procédé à l'application de l'appareil contentif.

Et d'abord, pour l'appliquer commodément, le petit malade est posé sur un *pelvi-support*.

Cet appareil est constitué par un an-

neau en fer de 0m12 de diamètre, porté sur une tige de même métal de 0m15 de hauteur environ, laquelle est implantée sur un disque en bois de 0m20 à 0m25 de diamètre, servant de socle, et destiné à reposer sur le lit du malade. Sur l'un des points de la circonférence du disque de support est établie une tige amovible en bois, de 0m20 environ de hauteur. Cette tige, devant correspondre à la région périnéale du malade, est destinée à le maintenir sur le pelvi-support.

On comprend déjà l'objet de ce petit appareil. S'agit-il de poser à un malade un appareil nécessitant l'enroulement de nombreux tours de bande autour du pelvis? Il faut que le patient soit, en quelque sorte, tenu en l'air, pour faciliter les mouvements du chirurgien. Le pelvi-support remplit très-heureusement un tel objet. Une des régions sacro-ischiatiques du malade repose sur l'anneau de l'appareil. Des aides tiennent soulevés le thorax et les extrémités pelviennes. Dans une telle attitude, rien ne devient plus facile que de procéder rapidement à l'application d'un bon appareil pelvien.

Le malade une fois déposé sur le pelvi-support, M. de Saint-Germain s'y est pris de la façon suivante, pour appliquer le bandage contentif de la coxalgie :

La cuisse, dans la presque totalité de son étendue, a été recouverte par une série de tours de bande. Quatre petites attelles de carton mouillé ont été posées et maintenues par des doloires en avant, en arrière, en dedans et en dehors de l'organe.

Une large et épaisse bande d'ouate a été enroulée, à partir de la région malléolaire (laissant par conséquent le pied absolument libre et découvert), autour de la jambe, de la cuisse et du pelvis.

Sur cet agent de protection ont ensuite été placées deux attelles en bois ; l'une externe, s'étendant de la région malléolaire externe à la partie moyenne du thorax, l'autre antérieure, allant du tiers inférieur de la cuisse à la partie moyenne de l'hypochondre droit.

Cet appareil est maintenu par quelques tours de bande largement espacés, pour procéder plus rapidement, en vue de l'agitation possible du malade, au moment de sa sortie du sommeil chloroformique. Une seconde couche de doloires plus rapprochées est ensuite jetée sur la première.

La contention ainsi opérée, le petit malade est reporté sur son lit, où un élève, armé d'un pinceau, étend aussitôt sur le bandage la couche de colle qui doit le transformer en appareil inamovible.

§ 3. — Fracture de la clavicule. — Appareil dit *en sac de soldat*.

Un jeune garçon, âgé de huit ans, atteint de fracture de la clavicule droite, porte pour tout appareil une simple écharpe de Mayor.

Chez les sujets du sexe masculin, M. de Saint-Germain se préoccupe peu, en général, d'une déformation qui doit être cachée par les vêtements. Aussi, se garde-t-il de les torturer par des modes de contention toujours plus ou moins difficiles à supporter.

Bien différentes sont, chez les sujets appartenant à l'autre sexe, les conséquences d'une déformation, que doivent rendre trop apparente les habitudes de la vie sociale. Dans ces conditions, il importe donc, fut-ce au prix d'un traitement pénible, de s'efforcer de conserver à la femme l'intégrité des formes auxquelles, à juste titre, elle attache le plus grand prix.

Il est un appareil qui remplit très-heureusement un tel objet. Malheureusement, cet appareil est à ce point pénible à supporter, qu'il faut une grande force de volonté pour se soumettre aux véritables tortures qu'il entraîne pour le patient.

Cet appareil, dit en *sac de soldat*, est constitué par un coussin volumineux, rappelant l'aspect de cet objet d'équipement, coussin ayant pour but de ramener, à l'aide de bretelles appropriées,

le moignon des épaules fortement en arrière.

Cet appareil doit être conservé pendant vingt-cinq jours, durant lesquels il est de rigueur que les patients ne se livrent à aucun mouvement. Ce qu'il y a de plus pénible, pour ces pauvres martyrs des *belles formes,* c'est la privation du sommeil, qui, infailliblement, leur fait défaut pendant les trois ou quatre premières nuits d'un tel traitement. Aujourd'hui, grâce au chloral, peut-être serait-il possible d'alléger sensiblement cette indicible souffrance?

Quoi qu'il en soit, ce mode de contention produit des effets remarquablement favorables. M. de Saint-Germain a vu deux sujets adultes traités au moyen de cet appareil par MM. Chassaignac (33 ans) et Topinard (18 ans). Les clavicules n'ont conservé aucune trace de fracture.

Dr Ch. Ferrant.

L'appareil bi-annulaire gélatiné lacé appliqué au traitement des fractures de la clavicule. — J'ait fait connaître, dans le n° du 20 mai 1870 du *Bulletin général de thérapeutique*, un appareil remplissant les mêmes indications que celui dit en *sac de soldat*, tout en étant beaucoup moins volumineux et moins incommode pour les malades. Je lui ai donné le nom d'*appareil bi-annulaire gélatiné lacé.* Il est constitué, comme l'indique son nom, par deux anneaux, formés par des bandes gélatinées, lacés à la région dorsale du malade, à l'effet de reporter fortement les épaules en arrière.

Voici comment on doit procéder à la confection de cet appareil :

On commence par préparer sur un réchaud la solution solidifiante à la gélatine, qui doit atteindre une consistance sirupeuse.

On étend sur chacune des régions axillaires, scapulaires et claviculaires, une épaisse couche protectrice d'ouate. Puis on jette, sur ces mêmes régions, une série de trois ou quatre tours de bande, que l'on badigeonne à mesure, avec un pinceau trempé dans la solution gélatinée. A l'aide d'un soufflet, on accélère la dessication de l'appareil, résultat qui ne se fait pas attendre au-delà de 10 à 15 minutes. A ce moment, au moyen d'un emporte-pièce à main, on pratique sur le bord scapulaire de chaque anneau, huit ou dix ouvertures destinées à donner passage à un cordonnet constricteur.

On comprend que cet appareil est un véritable corset, destiné à immobiliser les épaules et à les porter en arrière aussi fortement que le juge convenable le chirurgien.

J'ai traité, jusqu'ici, deux adultes au moyen de cet appareil, qui a été très-bien supporté.

La guérison, dans les deux cas, a été obtenue sans aucune difformité.

Dr L. H.

THÉRAPEUTIQUE MEDICO-CHIRURGICALE.

Nouveau divulseur du Dr Moreau-Wolf, rendant certaine l'introduction de la sonde à demeure.

Il arrive souvent (et, pour notre compte personnel, nons avons eu, dans plusieurs circonstances, maille à partir avec cette ennuyeuse complication), qu'après avoir pratiqué heureusement *la divulsion* (1) d'un rétrécissement de l'urèthre, c'est en vain qu'on s'efforce d'introduire, jusque dans la vessie, la sonde que la prudence veut qu'après cette opération on laisse à demeure, au moins vingt-quatre heures. Il peut même se faire que le rétrécissement qui, avant la divulsion, se laissait franchir aisément par un instrument d'un certain calibre, du n° 10 ou 12, par

(1) Pareil fait se produit aussi souvent après l'uréthrotomie interne, qu'après la divulsion. Nous cherchons en ce moment à modifier l'uréthrotome de Maisonneuve de manière à rendre certaine l'introduction de la sonde à demeure.

exemple, une fois le divulseur retiré ne permette plus à la sonde la plus fine de pénétrer jusqu'à la vessie. On a, il est vrai, la ressource, lorsqu'on a eu la prévoyance de ne pas retirer la bougie conductrice, de pratiquer le cathétérisme par glissement. Mais, dans certains cas, ce moyen même échoue, ou ce n'est qu'après avoir *brutalement* raboté le canal qu'on parvient à ses fins.

D'un autre côté, le temps le plus douloureux de l'opération est, de l'avis de tous les malades, celui où, après avoir déchiré la stricture, on est forcé de pousser tant soit peu à l'aveugle dans un urèthre qui vient déjà d'être si sévèrement traité, la plus grosse sonde possible.

On sait aussi que l'opérateur n'est jamais certain de pouvoir placer à demeure une sonde aussi volumineuse qu'il le désirerait, et que, bien souvent, son calibre n'est nullement en rapport avec celui du divulseur. La divulsion ou la dilatation a été faite avec un mandrin de 6 millimètres de diamètre par exemple, ce qui, avec le calibre du conducteur, a dû donner au canal une largeur *momentanée* de 8 millimètres, soit du n° 24 de la filière Charrière. Eh bien, c'est à peine si parfois, immédiatement après l'opération, l'on peut introduire une sonde n° 16. Le résultat immédiat de la divulsion est alors bien médiocre, car, lorsque l'on veut, plus tard en introduisant quelques bougies, calibrer l'urèthre et favoriser le travail de régression des tissus qui constituaient la stricture, on est encore obligé de descendre plus bas et de commencer les séances de dilatation par un numéro de beaucoup inférieur à celui de la sonde laissée à demeure.

C'est pour remédier à ces graves inconvénients que nous avons imaginé, et que M. Collin a construit pour nous, le divulseur dont on va lire la description.

Voici les incontestables avantages qu'on retirera de l'emploi de notre instrument :

1. Le divulseur 1/2 grandeur : le mandrin dilatateur est introduit entre les valves.
2. Extrémité vésicale de la valve supérieure avec le verrou qui la termine. (Grandeur naturelle).
3. Mandrin interne conducteur. Courbure qu'il affecte à son extrémité pénétrante. (Grandeur naturelle).
4. Valve inférieure terminée par un ruban d'acier roulé en spirale conique. (Grandeur naturelle).

A. On sera toujours certain de laisser à demeure une sonde en gomme d'un calibre égal à celui du mandrin qui écarte les lames du conducteur, puisque ce sera la sonde elle-même qui remplira cet office;

B. Les temps de l'opération seront réduits de trois à deux : 1° l'introduction du conducteur et 2° la divulsion proprement dite et l'introduction de la sonde, faites d'un seul coup;

C. La douleur éprouvée par les patients sera bien atténuée par le fait de la suppression du troisième temps opératoire.

Cet instrument se compose de deux valves d'acier réunies à leur extrémité pénétrante et indépendantes à leur partie manuelle où elles sont soudées à deux plaques métalliques qu'un petit système de pince à ressort réunit à volonté. La partie centrale de la concavité qu'elles embrassent est occupée par un fil métallique de 0,0015 de diamètre, libre dans toute son étendue, excepté à l'extrémité pénétrante, où il se confond avec les deux valves. C'est sur ce conducteur qu'on pousse le mandrin destiné à écarter les valves et à opérer la rupture du rétrécissement. Jusques-ici, notre divulseur ressemble beaucoup au dilatateur, si connu, de Holt, mais on va voir de combien il en diffère.

La *valve inférieure* (4) se termine par un ruban d'acier roulé en spirale conique, à l'extrémité libre de laquelle existe un petit pas de vis pour la bougie conductrice.

La *valve supérieure* (2) affecte, à son extrémité vésicale, la forme d'un petit verrou et vient s'emboîter dans une cavité qui lui est réservée à la base du cône formé par le ruban d'acier.

Le *fil conducteur* (3) en acier est trempé, à son extrémité, ce qui permet de lui donner une courbure fixe qui, en venant se loger dans l'intérieur de la spirale conique de la valve inférieure, la force de prendre la forme la plus favorable au cathétérisme. Le petit bouton qui le termine à la partie manuelle se dévisse et ne sert qu'à faciliter son extraction.

Quant au *mandrin dilatateur*, il est introduit dans une sonde conique en gomme percée à son sommet, pour permettre son glissement sur le conducteur.

Pour opérer la divulsion d'une stricture avec notre instrument, voici de quelle manière on doit procéder : après avoir introduit jusque dans la vessie la bougie conductrice, on visse, sur l'ajutage métallique qui la termine, le corps de l'instrument dont on a, bien entendu, au préalable réuni les quatre pièces constituantes. Par une manœuvre appropriée, on lui fait franchir l'obstacle et on le pousse à la suite de la bougie jusque dans la vessie. On glisse ensuite entre les valves, par-dessus le conducteur interne, le mandrin dilatateur recouvert d'une sonde en gomme, plus ou moins volumineuse, selon les cas. Cela fait, on visse à l'extrémité du conducteur le petit bouton destiné à faciliter son extraction et tenant, de la main gauche, la partie de la sonde qui dépasse, on le tire à soi, de la main droite, en même temps qu'on extrait le mandrin dilatateur. On retire alors la petite pince qui réunit les deux valves et on extrait, en premier lieu, celle qui occupe la paroi supérieure de l'urèthre, puis, enfin, celle qui est placée à la partie inférieure. *La sonde reste par conséquent seule dans l'urèthre.* Après s'être assuré de son fonctionnement régulier, on n'a plus qu'à la fixer par les moyens ordinaires.

Toutes ces petites manœuvres sont des plus simples et mille fois plus longues à décrire qu'à exécuter; il est seulement important pour leur réussite de tenir toujours bien solidement la sonde, afin de l'empêcher de suivre le retrait des diverses pièces du divulseur.

Cette modification à l'instrumentation de la divulsion rendra, nous en sommes certain, les plus grands services et contribuera, dans une très-large

part, à la vulgarisation de ce procédé opératoire, que nous ne cesserons de recommander comme le plus simple, le plus pratique et le moins dangereux de tous ceux qui ont été préconisés pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA GALVANOCAUSTIQUE THERMIQUE

—

TUMEURS DE LA BOUCHE

Les tumeurs de la bouche amènent promptement et sans avoir acquis un grand volume, une gêne qui oblige le malade à réclamer les secours de notre art. Lorsqu'elles sont le résultat d'une phlegmasie aiguë, elles doivent être traitées par les émollients et les émissions sanguines, mais si cette méthode de traitement ne réussit pas, il devient assez souvent nécessaire de recourir à une intervention chirurgicale. Les caustiques réclament dans leur emploi une grande habitude de la part du chirurgien et des soins constants de la part du malade, afin d'en bien localiser l'action. Ces difficultés ont conduit le plus souvent à leur préférer l'instrument tranchant, et à y joindre l'emploi du fer rouge lorsqu'il survenait une hémorrhagie.

La place de la galvanocaustique était toute marquée, aussi y a-t-on eu recours dès l'origine; c'est par le traitement d'une fistule salivaire que J. Marshall a commencé ses applications galvaniques. J'ai eu également d'assez fréquentes occasions d'employer cet agent, et les observations qui suivent permettront de se rendre un compte exact des avantages que l'on peut en retirer.

1° Angiôme de la lèvre supérieure; ablation avec le sécateur galvanique; guérison.

Obs. — Mme T... me fut présentée le 4 juillet 1873 par M. le Dr Gratiot, pour être débarrassée d'une tumeur vasculaire qu'elle portait à la lèvre supérieure à deux centimètres environ de la commissure gauche. La malade, âgée de cinquante-trois ans, mariée et mère de deux enfants, s'aperçut au commencement de l'année qu'elle portait à la lèvre supérieure une petite tumeur qui augmenta peu à peu et se pédiculisa légèrement. Quand je la vis, elle avait le volume d'un gros pois, elle était très-vasculaire et saignait lorsque la malade mangeait et pendant le sommeil. Il fut décidé que cette tumeur serait enlevée immédiatement.

Mme T... étant assise sur un fauteuil, je saisis la base de la tumeur dans l'anse métallique de mon petit sécateur et le mettant en rapport avec une pile chirurgicale, j'en fis l'ablation, sans écoulement sanguin... J'engageai l'opérée à ne pas enlever la petite eschare sèche recouvrant la plaie.

Quelques jours après elle vint chez moi et je pus voir une petite plaie vermeille du meilleur aspect.

Le 23 juillet, je constatai qu'elle était guérie.

Middeldorpf rapporte dans son travail sur la galvanocaustique thermique le fait suivant qui a beaucoup d'analogie avec celui que je viens de citer.

2° Papillôme pédiculé de la lèvre inférieure; ablation au moyen de l'anse sans écoulement de sang; guérison.

Obs.— Ewald Grützmacher, apprenti relieur, âgé de seize ans, portait à la lèvre inférieure une tumeur ronde, pédiculée, de la grosseur d'un pois, très-gênante, rouge, molle, vasculaire et saignant très-facilement. Je l'enlevai le 6 septembre 1853 au moyen de l'anse. Aucune trace de sang; petite eschare blanchâtre. Quelques jours après, le malade était si bien guéri qu'il ne restait aucune trace de l'affection, et, un an après, il jouissait d'une excellente santé. La tumeur était formée de tissu conjonctif fortement vascularisé.

3° Tumeur fibreuse développée à la partie interne de la

joue; ablation avec le sécateur galvanique ; guérison.

Obs. — Le 20 novembre 1868, M. le Dr Otterbourg m'adressa une dame américaine âgée de trente ans, portant à la partie interne de la joue droite une tumeur du volume d'un très-gros pois, dure et légèrement pédiculée. En l'examinant avec soin je diagnostiquai une tumeur fibreuse développée sous la muqueuse. Il fut convenu qu'elle serait enlevée au moyen de la galvanocaustique thermique.

Le 21, assisté par MM. les Docteurs Otterbourg et Jaubert, je saisis la tumeur à son point d'attache dans l'anse du sécateur de Pischel et je la pédiculisai un peu plus qu'elle ne l'était, afin d'être assuré de l'enlever en totalité. L'instrument mis en rapport avec une petite pile chirurgicale, j'en fis l'ablation sans écoulement sanguin.

Les jours suivants je remarquai un peu de gonflement de la joue, à la fin du mois l'eschare était tombée.

Les 4 et 6 décembre je touchai légèrement la plaie avec le nitrate d'argent, et je plaçai un petit bourdonnet de coton pour isoler les dents. Le 19 la plaie était cicatrisée.

M. le Dr Cornil ayant bien voulu examiner la tumeur avec le microscope, m'informa qu'elle était constituée uniquement par du tissu fibreux.

Les tumeurs fibreuses de la bouche sont assez rares, je n'ai jamais vu que celle dont il vient d'être question. Ces tumeurs sont, du reste, complétement bénignes, et ne nécessitent une intervention chirurgicale que par la gêne qu'elles occasionnent, même sans avoir acquis un gros volume.

4° Epulis de la mâchoire supérieure; ablation avec le sécateur galvanique.

Obs. — En 1862, le Dr Blatin m'adressa une dame de vingt-quatre à vingt-cinq ans, d'un tempérament très-lymphatique, portant au côté droit de la mâchoire supérieure deux épulis, l'une du volume d'un gros pois, implantée sur la gencive, à la partie externe, au-dessus de la première et de la seconde incisive de ce côté, l'autre à la partie interne se reliant à la première, plus volumineuse et placée au-dessus des incisives et de la canine du même côté. Après avoir tenté l'application de l'acide nitrique monohydraté sans autre résultat que de durcir la surface des tumeurs, je les enlevais avec un petit sécateur galvanique sans écoulement sanguin. Les plaies se cicatrisèrent assez promptement à l'exception de la portion comprise entre les dents, que je cautérisai à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent et enfin avec un fil de platine rougi à l'aide d'un courant électrique. J'avais cautérisé avec beaucoup de ménagements afin de ne pas atteindre les dents qui étaient saines, et je n'avais pas détruit les racines de la néoplasie. La malade se découragea et me quitta. Je regrettai de n'avoir pas sacrifié la seconde incisive, ce qui m'eut permis de porter la cautérisation jusqu'au point voulu.

5° Epulis de la mâchoire inférieure; cautérisation avec le galvanocautère ; guérison.

Obs. — Mme R..., âgée de quarante-trois ans, d'un tempérament un peu scrofuleux, s'est mariée à vingt-cinq ans et a eu deux enfants ; son père est mort d'une congestion cérébrale, sa mère est bien portante ; elle a joui d'une assez bonne santé, mais elle a commencé de perdre ses dents de bonne heure. Au commencement du mois de mai 1875 elle vint me consulter pour une épulis développée dans l'alvéole de la seconde dent incisive du côté gauche, à la mâchoire inférieure ; depuis longtemps elle éprouvait des douleurs dans la joue du même côté.

Le 8, je cautérisai les tissus vasculaires avec un petit galvanocautère en forme de bec d'oiseau, de façon à les détruire bien complètement.

Le 16, l'eschare était tombée et la plaie avait un bon aspect.

Le 21, je la cautérisai avec le nitrate d'argent, ainsi que le bord de la gencive de la dent canine.

Le 29, la malade me dit qu'elle ne ressentait plus d'élancements dans la joue.

Je dus faire à plusieurs reprises une cautérisation semblable.

Au mois de novembre, je constatai qu'elle était complètement guérie.

6° Epulis de la mâchoire inférieure; ablation avec le sécateur galvanique; guérison.

Obs. — Au mois d'octobre 1875, je fus consulté par une dame âgée de trente-trois ans, mère de deux enfants, jouissant d'une assez bonne santé habituelle, pour une tumeur pédiculée, dure, mamelonnée du volume d'un poids, implantée à la partie interne de la mâchoire inférieure, au-dessous des deux incisives médianes. Cette petite tumeur la faisait souffrir lorsqu'elle mangeait.

Le 20, assisté par M. le docteur Bastin, je saisis la tumeur à sa base, dans l'anse métallique de mon petit sécateur, puis, je mis l'instrument en rapport avec un appareil de Plantel, et j'en fis la section sans écoulement sanguin.

Le 23, la petite eschare résultant de la cautérisation était tombée.

Le 2 novembre, la plaie était cicatrisée.

J'ai revu Mme B***, plusieurs mois après, et j'ai constaté qu'elle était parfaitement guérie.

Middeldorpf a eu l'occasion de traiter par la galvanocaustique deux malades portant des épulis.

La première était une femme âgée de trente-trois ans, mariée depuis cinq ans, enceinte pour la seconde fois et portant dans l'alvéole de l'avant-dernière molaire gauche une tumeur spongieuse du volume d'une noisette, saignant rarement, dont elle s'était aperçue un mois auparavant. On l'avait opérée deux fois par la ligature et la cautérisation, avec le nitrate d'argent, et elle avait récidivé une troisième fois. Le 6 octobre 1853, il enleva d'abord la dent voisine, qui était mauvaise, puis il brûla la masse morbide jusqu'au fond de la cavité dentaire avec un petit galvanocautère, en forme de bec. Quatorze jours après, la guérison était complète et il n'y eut pas de récidive.

La seconde était une femme de trente-deux ans, portant depuis deux ans au-dessous de la canine inférieure gauche une épulis qui avait acquis le volume d'une fève. Middeldorpf enleva la dent, excisa la tumeur avec le bistouri et vit le bord alvéolaire malade. Il cautérisa alors avec le galvanocautère l'alvéole, la gencive et l'os. Il n'y eut pas d'accidents consécutifs, et la malade quitta l'hôpital le huitième jour.

Ces néoplasies, le plus ordinairement très-vasculaires, ayant une grande tendance à envahir le tissu osseux et à dégénérer, il ne faut pas hésiter à les enlever ou à les cautériser complètement; de plus, si cela est nécessaire, il convient de ruginer et de cautériser l'os afin de se mettre à l'abri d'une récidive et de l'extension de l'affection.

(*A suivre.*)

GYNÉCOLOGIE

De la dysménorrhée (1)

TRAITEMENT. — Commençons par indiquer les moyens à mettre en usage pour combattre les *douleurs des accès.*

Les applications locales consistent dans l'emploi des narcotiques et des grands cataplasmes chauds sur le ventre. Pour produire un bon effet, ces cataplasmes doivent être presque brûlants, assez chauds pour que la main puisse à peine supporter une semblable température. On peut les arroser de laudanum. En même temps, on se trouve bien d'administrer des quarts de lavements laudanisés, belladonés. Tisanes de tilleul, de fleurs d'oranger. Potion avec 4 grammes de carbonate d'ammoniaque, médicament qui semble agir en favorisant l'exhalation sanguine.

(1) Suite. Voir le N° du 1er novembre.

On arrive, par ces moyens, à amender les douleurs, mais non à les suspendre. Pour atteindre ce dernier résultat, on a employé avec succès les injections hypodermiques de morphine et d'atrophine, qui doivent être continuées tant que durent les douleurs.

Le traitement de *l'intervalle des attaques* présente aussi une grande importance. On doit conseiller les grands bains d'amidon, les injections utéro-vaginales balsamiques. Il faut, quand il y a lieu, songer à la chlorose, dont la dysménorrhée n'est souvent qu'un symptôme. On conseillera aux hystériques, les opiacés, la belladone, les toniques, l'hydrothérapie.

Il est difficile de savoir si le *fer* convient dans la dysménorrhée. Souvent les préparations martiales amendent l'état général, mais, souvent aussi, elles ont pour effet d'exaspérer les crises, par la surexcitation et la congestion qu'elles déterminent. Il semble que l'on doit leur préférer les toniques fixes, le quinquina et le manganèse.

La dysménorrhée congestive, qui se produit chez les femmes vigoureuses, comportent l'emploi des émissions sanguines. On se trouve bien, au moment des crises, d'appliquer des sangsues à la racine des cuisses. Dans la période intermenstruelle, il convient de recourir aux alcalins, en bains et en boissons.

Les viragos doivent être mariées de bonne heure. Leur état réclame impérieusement la cohabitation sexuelle. Si elles résistent à ce vœu de la nature, elles finissent par devenir incurables et stériles. Il faut à ces femmes à tempérament génital, un mari jeune et vigoureux, qui les mette enceintes de bonne heure. A cet effet, il est bon de les marier pour l'époque menstruelle.

Les anémiques doivent être soumises au traitement tonique.

Quand la dysménorrhée est entretenue par un *catharrhe utérin*, la guérison est difficile. Cette affection, en effet, n'est pas d'une curation facile, si non dans les livres. On a vanté les cautérisations des cavités cervicale et utérine. La presse anglaise a réagi contre l'abus que l'on a fait des caustiques, dans ces conditions pathologiques. Nos voisins d'outre-Manche les ont accusés de donner lieu souvent à des rétrécissements. Ils ont adressé le même reproche au tannin.

M. Bernutz croit à la bénignité de ces modificateurs; mais il les considère comme impropres à amener une guérison radicale du catarrhe, dont la persistance finit *ipso facto* par déterminer un rétrécissement mécanique.

Si la dysménorrhée, par trop douloureuse, est liée à un rétrécissement déterminé par un *cancer*, il faut agrandir la cavité, au risque de faire progresser l'affection cancéreuse. C'est le seul moyen, en effet, d'apporter quelque soulagement à la malade.

Quand la dysménorrhée est subordonnée à la production de *corps fibreux*, il faut pratiquer l'ablation de ces produits parasitaires, quand ils sont accessibles. Si ces polypes occupent le fond de la cavité utérine, et que cette position rende une opération impraticable, on doit se borner à recourir à des palliatifs. Dans ce but il faut employer les cataplasmes, les lavements laudanisés. En calmant les douleurs, on calme la congestion, et l'on facilite l'écoulement du sang.

Si le *rétrécissement de l'orifice cervical* amène la dilatation de la cavité utérine et des trompes, il devient nécessaire d'ouvrir au sang un passage durant le cours de la crise mensuelle. Sans cette précaution, on courrait le risque de voir se développer une pelvipéritonite. C'est alors que l'on se trouve bien d'opérer un débridement cervical au moyen du lithotome simple ou double. A la suite de cette opération, le calme renaît aussitôt, mais qu'on ne l'oublie pas, la guérison ne saurait être durable. La rétraction du tissu cicatriciel ne manque guères au bout de quelques mois de produire un rétrécissement encore plus prononcé. Pour y

parer dans les limites du possible, il convient aussitôt après l'opération de recourir à la dilatation graduelle. Ce mode de faire est très-employé en Amérique. Pour M. Bernutz c'est un moyen mauvais, car le soulagement n'est que temporaire et la plus grande dureté du tissu cicatriciel rend l'affection plus difficilement curable.

Lors donc qu'il n'y a pas péril en la demeure, il convient de s'abstenir de pratiquer le débridement. Le mieux est de recourir aux corps dilatants.

La dilatation peut se faire avec des bougies en cire de plus en plus fort calibre. L'éponge préparée est d'un emploi assez difficile, en raison de l'étroitesse du méat utérin. Il faut tailler cette éponge, ce qui lui ôte de sa fermeté et la rend moins apte à opérer la dilatation du conduit. La laminaire convient davantage. Ce traitement doit durer longtemps. Encore les résultats laissent-ils à désirer. Il en est, en effet, des rétrécissements du cervix ainsi que de ceux de l'urèthre. La récidive est presque certaine. Il faut revenir plus ou moins souvent à la dilatation. C'est donc là une méthode vaine et qui ne réussit qu'à la condition d'y recourir avec persistance, pour maintenir la perméabilité de l'orifice.

Est-il besoin de le faire observer? Le traitement local n'exclue en rien celui des maladies inflammatoires conjointes.

4° *Dysménorrhée membraneuse*. La dysménorrhée membraneuse n'est pas une maladie nouvelle. On en trouve des exemples dans Morgagni. Elle a été soigneusement décrite par Oldem et Simson, qui ont surtout contribué à en vulgariser la connaissance.

Cette maladie est constituée par l'exfoliation, à l'époque menstruelle, de la membrane qui tapisse la cavité utérine. Cette décortication présente la forme d'un petit sac triangulaire, à chacun des angles duquel se remarquent trois ouvertures, correspondant, les deux supérieures, très-petites, aux trompes, l'inférieure, beaucoup plus large, au col. A l'extérieur, cette membrane est très-villeuse et fomenteuse. Si on l'immerge dans l'eau, ces villosités deviennent très-apparentes ; on remarque, en outre, sur cette surface, une série de petits caillots sanguins. Cette exfoliation est déterminée par un véritable travail apoplectiforme.

La surface interne du sac membraneux est lisse. Au premier abord, on pourrait confondre cette membrane avec le produit de l'avortement. Dans ce dernier cas, le sac expulsé, plus épais, est plus ou moins arrondi, et jamais triangulaire. La membrane, lisse et blanchâtre, contient du sang, et ne présente pas les petites ouvertures qui caractérisent le produit de l'exfoliation utérine.

Dans l'affection qui nous occupe, le sac est quelquefois retourné comme un doigt de gant. Il n'est pas toujours expulsé dans sa totalité. Il peut l'être en deux ou plusieurs lambeaux.

Il est une variété de la métrite membraneuse qui peut être confondue avec elle. C'est la forme dite *pseudo-membraneuse*. Ce n'est plus la muqueuse utérine elle-même qui est rejetée au dehors ; c'est un produit inflammatoire, une fausse membrane, plus mince, constituée surtout par de l'épithélium.

La métrite membraneuse s'observe le plus ordinairement chez les femmes. Elle peut cependant se produire chez les filles. M. Siredey rapporte un fait semblable, observé sur une fille vierge. Elle se produit quelquefois comme conséquence des premiers rapports conjugaux. C'est la métrite congressive. Elle peut aussi se développer à la suite de l'accouchement, de la blennorrhagie. Elle revient périodiquement, et donne lieu à des douleurs atroces, qui sont le résultat du travail de la décortication. Ce travail dure quelquefois deux jours. Si l'exfoliation est complète, les douleurs disparaissent, car l'accouchement est terminé. Mais si la membrane n'est expulsée que partiellement, après un moment plus ou moins long de calme, le travail de décortication

recommence. L'expulsion totale effectuée, le flux cataménial s'établit, et est suivi d'un véritable écoulement lochial, résultant de la plaie qui s'est produite à la surface interne de l'organe gestateur.

La métrite membraneuse est difficilement curable. Elle entraîne la stérilité. Elle peut cependant se guérir spontanément, mais ces cas sont assez rares. On l'a vue disparaître d'elle-même au bout de cinq à sept ans, à la suite de la conception qu'on doit tout faire pour obtenir.

Cette affection est complexe. D'une part elle est liée à un état inflammatoire chronique de l'utérus. Localement, il se produit une hyperplasie anormale et exubérante, contre laquelle il faut diriger les ressources de la thérapeutique. D'un autre côté, l'état général joue un grand rôle dans la génèse de la métrite membraneuse. Elle se produit surtout chez les femmes chlorotiques et scrofuleuses. De là sa grande fréquence relative en Angleterre et en Amérique. On en a, du reste, exagéré la fréquence. Plus d'une fois de simples caillots sanguins ont été pris pour des membranes. Pour éviter cette erreur de diagnostic, il est un moyen bien simple. Ce moyen consiste à plonger le produit dans l'eau, qui dissout les caillots sanguins.

Le traitement de la métrite membraneuse doit être général et local. Le traitement général doit consister dans l'emploi de l'eau de Vichy, des médicaments anti-scrofuleux et surtout des préparations arsénicales. Comme complément de cette médication, on peut se trouver bien de conseiller le séjour à la campagne et d'envoyer les malades à une station thermale.

Le traitement local a été diversement apprécié. Scanzoni condamne l'emploi de tout modificateur escharotique, surtout du nitrate d'argent. Selon MM. Bernutz et Siredey, c'est pourtant le mode thérapeutique qui donne le plus de guérisons. Il consiste à déposer un morceau de crayon de sel lunaire dans la cavité utérine. Le chlorate de potasse a été également employé de la même façon avec succès.

Comme la conception est encore le moyen curatif le plus certain, il faut, encore une fois, tout faire pour obtenir un rapport fécondant. Dans ce but, il est bon de conseiller aux époux de varier les attitudes, les moments des rapports, pour que, une fois ou l'autre, l'œuf arrive à se greffer sur la muqueuse.

— On pourrait aussi pratiquer une injection intra-utérine avec du perchlorure de fer, à la dose de 3 ou 4 grammes, injection qui sera abandonnée dans l'organe.

Il est prudent de débuter par une injection d'eau simple, qui a pour double avantage de faire connaître le degré de tolérance, ainsi que la capacité de l'utérus. L'eau, par elle-même, en effet, est inoffensive. Cet essai préalable permet, en outre, de proportionner l'abondance de l'injection modificatrice au volume de la cavité utérine.

Dr Ch. Bertrand.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Sur un cas de mort subite dans le cours d'un rhume articulaire aigu, traité par l'acide salicylique.

En ce moment que s'agite, dans les hautes sphères, la question d'un médicament nouveau, l'acide salicylique et ses sels, l'observation suivante, publiée par le *Bulletin général de thérapeutique*, présente un intérêt

d'autant plus grand qu'elle est signée d'un nom recommandable : celui de M. Empis.

Il convient d'ailleurs de signaler ici une regrettable lacune. L'autopsie, qui aurait pu éclairer sur la cause de la mort, n'a pas été pratiquée. Quoi qu'il en soit, que, par une action trop rapide, ce médicament ait entraîné un résultat funeste, qu'on ne puisse mettre ce cas malheureux que sur le compte d'une fatale coïncidence, le fait clinique n'en reste pas moins, avec un intérêt qui s'accroît, en raison de l'actualité même de la question.

Ces réflexions faites, laissons la parole à M. Empis.

Le nommé X..., âgé de quarante-sept ans, domestique dans une bonne maison et habituellement bien portant, avait eu, il y a six ans, une atteinte de rhumatisme articulaire qui ne lui avait laissé aucune trace.

Le 21 juin 1877, après un peu de fatigue et peut-être un léger refroidissement, il fut pris de douleur dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, sans trouble de la santé générale.

Le 22, la douleur est plus vive; il alla de son plein gré dans un établissement de bains se faire doucher et masser l'articulation douloureuse. Dans la soirée, il se sentit beaucoup plus mal; il se coucha sans manger et passa une nuit très-agitée.

Je le vis le lendemain matin, 23 juin: il avait de la fièvre, éprouvait une vive douleur dans l'articulation tibio-tarsienne gauche avec gonflement des parties molles et un peu de rougeur à la peau; il accusait aussi de la douleur dans le genou gauche; il se plaignait d'un sentiment de fatigue générale.

Je ne lui trouvai rien au cœur ni à la poitrine. Le pouls était à 96; la température modérément élevée. Je lui prescrivis de la limonade. Sulfate de quinine, 80 centigrammes, un liniment à l'huile de camomille camphrée et au laudanum sur les parties douloureuses.

Le dimanche 24 juin, amélioration nulle; de nouvelles jointures se sont prises; le pied droit et l'épaule droite sont le siége d'une extrême douleur. Le pouls est à 100. Je ne trouve rien au cœur. Même traitement.

Le lundi 25, le pied gauche qui avait été pris le premier, tend à se dégager, il n'est presque plus douloureux; mais le pied droit et le genou droit sont très-douloureux et gonflés. Rien au cœur ni à la poitrine; pouls, 100; langue très-sale et sèche; état nauséeux; absence de selle depuis le début de la maladie.

Je lui prescrivis un purgatif composé de :

Scammonée.	1 gram.
Calomel.	50 cent.

A prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, dans du pain à chanter.

Le 26, le rhumatisme continue son cours; le malade a eu huit garde-robes provoquées par le purgatif; il éprouve une soif vive; son appétit est nul; il prend sans plaisir un peu de bouillon léger. Les deux épaules sont prises à leur tour; le poignet droit et le coude du même côté sont extrêmement douloureux. Pour la première fois, je constate un peu de prolongation du premier bruit du cœur, au niveau de la pointe, sans augmentation de la matité précordiale. Le pouls reste à 100 pulsations; il est plein et très-régulier. Pendant la nuit suivante, le malade est très-agité et se plaint incessamment de la vivacité de ses douleurs qui l'empêchent de faire aucun mouvement.

Le 27, je lui prescrivis l'acide salicylique à la dose de 7 grammes, en dix paquets, à prendre dans du pain à chanter de deux heures en deux heures.

L'effet du médicament fut véritablement merveilleux! Dès le cinquième paquet, les douleurs se calmèrent et le malade put commencer à faire des mouvements sans souffrir.

Le 28, je le trouvai fort satisfait; les jointures n'étaient plus douloureuses

et le malade les remuait facilement. Il se plaignait seulement de surdité et de bourdonnements incessants dans les oreilles. Sa fièvre était tombée ; mais il éprouvait une transpiration abondante et se sentait très-affaibli. Je constatai encore du côté du cœur un très-léger souffle systolique.

Je prescrivis deux soupes, de l'eau rougie et encore 5 grammes d'acide salicylique en dix doses à prendre comme la veille de deux heures en deux heures.

Le lendemain matin 29, je trouvai le malade si bien que je suspendis toute médication et lui conseillai de manger un peu. Le succès obtenu par l'acide salicylique me paraissait véritablement merveilleux ! Il ne fut malheureusement pas de longue durée.

Vers quatre heures du matin, et après une nuit agitée, le malade témoigna à sa garde le désir de prendre un potage, se sentant, disait-il, l'estomac bien vide. On satisfit son désir ; il se mit sur son séant et prit une assiettée de tapioca au bouillon de bœuf. A peine avait-il terminé ce repas, qu'il se plaignit d'une violente douleur du côté de l'estomac, et aussitôt après il tomba en arrière sur son oreiller, privé de connaissance. Ses membres s'agitèrent convulsivement pendant quelques secondes, à la manière de l'éclampsie, puis sa respiration devint stertoreuse; les inspirations se succèdent à intervalles de plus en plus longs ; enfin le cœur cessa de battre ; le malade était mort !

Je n'accuse certainement pas l'acide salicylique d'avoir été directement la cause de cette mort subite ; mais je me demande si l'on peut impunément arrêter sur place les manifestations articulaires d'un rhumatisme aigu, dans sa période d'augment, sans risquer de voir se localiser ailleurs les effets de cette affection si profondément générale ?

De l'application des courants continus dans les affections saturnines chroniques. — La nouvelle méthode que j'ai imaginée pour le traitement des malades atteints de saturnisme chronique, écrit le professeur Semmola, de Naples, est basée sur la propriété que possède le courant continu d'activer les échanges nutritifs intimes de l'organisme, en déterminant par cela même un mouvement subséquent de désassimilation. J'ai pensé que, sous l'influence de ce mouvement, devait se produire l'élimination du plomb, ou de tout autre métal, hors de l'organisme par la voie des excrétions naturelles et plus spécialement par la voie de l'appareil dépurateur par excellence, à savoir les reins.

Jusqu'ici les applications de l'électricité au traitement des paralysies saturnines, se rapportaient uniquement à l'emploi des courants induits ou faradiques, dans le but précis et restreint d'exciter sur place et localement les muscles et les nerfs malades.

Personne, dans des cas de ce genre, ou dans toute autre forme de saturnisme, n'a jamais songé à obtenir l'élimination du plomb hors de l'organisme.

Les courants continus pouvaient seuls d'ailleurs, faire naître de pareilles espérances de succès.

Malgré le bruit que l'on a fait, il y a vingt-cinq ans environ, autour de l'emploi du bain électrique, pour obtenir l'élimination du plomb, dans l'eau du bain, ou sur les parois de la baignoire, il faut avouer qu'il n'y a rien de commun entre cette espèce de bain usité pour la galvanoplastie et le procédé que je préconise. D'ailleurs, les applications thérapeutiques de ce bain électrique sont toujours demeurées problématiques, sans appui réel du côté de l'observation clinique; elles m'ont d'autant plus produit l'effet d'une page de roman, qu'elles ne concordent en rien avec les notions scientifiques que nous possédons sur les lois de l'électrochimie, de l'électro-physiologie et de la pharmacologie physiologique.

Je ne crains pas de le répéter, l'élimination que j'obtiens par ma méthode est l'effet naturel des pouvoirs physio-

logiques, inhérents à l'organisme même, excités et activés seulement par l'intervention du courant continu que j'applique sur les centres nerveux ganglionnaires, et sans tenir aucun compte des régions atteintes de paralysie.

Les observations cliniques recueillies depuis six mois dans mon service d'hôpital, confirment mes prévisions d'une manière péremptoire.

Quinze ou vingt jours de traitement ont suffi pour faire disparaître le liseré bleuâtre des gencives ; et l'analyse chimique de la sécrétion rénale a constamment démontré la présence du plomb ; la quantité de cette élimination métallique se trouvait toujours en rapport direct avec la rapidité de l'amendement des phénomènes paralytiques, et avec le retour à l'état normal de la nutrition des muscles affectés.

Dans l'espace de deux mois, de trois mois au plus, j'ai constaté la guérison des paralysies graves et générales, sans l'intervention d'aucun autre traitement accessoire.

Ce qui caractérise le mieux une pareille méthode c'est que, non-seulement elle amène rapidement la disparition des formes paralytiques du mouvement et du sentiment, mais qu'elle conduit contemporanément à une reconstitution de toute l'économie. La sensation de bien-être qui se manifeste dans toutes les fonctions motrices, est due nécessairement à l'expulsion, hors de l'organisme, d'un hôte aussi incommode et aussi nuisible que les molécules de plomb.

(*Journal d'hygiène.*)

Fécondation pendant une grossesse extra-utérine ; accouchement normal. — Les annales de gynécologie comptent peu de cas de fécondation nouvelle pendant une grossesse extra-utérine. Aussi croyons-nous intéressant de publier l'observation suivante, dont la plupart des détails ont été fournis par Mme Rampin, maîtresse sage-femme à Toulon.

La nommée Marie C... avait déjà eu en 1868 un accouchement normal, lorsque, deux ans plus tard, elle présenta tous les signes d'une nouvelle grossesse : suppression des menstrues ; troubles digestifs, gonflement des seins, développement progressif de l'abdomen.

Neuf mois après, elle eut des douleurs excessivement fortes, comme si elle allait accoucher. Or une sage-femme appelée près d'elle déclara, après avoir pratiqué le toucher vaginal, qu'il n'y avait pas grossesse, et elle faisait partager son opinion à un médecin qui se contenta de prescrire des frictions opiacées sur l'abdomen. Ces douleurs persistèrent trois jours : elles cessèrent enfin ; mais pendant six mois la santé de Marie C... fut chancelante, et elle dut s'abstenir de tout travail pendant celaps de temps. A cette époque les menstrues reparurent et la malade dès lors put jouir d'une santé relativement bonne : la tumeur s'était affaissée, les douleurs abdominales avaient disparu.

Y a-t-il eu secrétion lactée ? et si cette secrétion s'est établie, jusques à quand a-t-elle duré ? C'est ce que n'a pas pu nous dire Mme Rampin qui, d'un autre côté, nous affirme que, tous les neuf mois, la femme C... n'a pas été prise de douleurs, simulant le travail, comme l'indiquent les auteurs.

Il s'écoula ainsi une période de quatre ans pendant laquelle la tumeur ne détermina d'autre désordre qu'un prolapsus utérin et la sensation d'un poids dans la fosse iliaque droite.

Au commencement de l'année 1875, nouvelle suppression des règles ; troubles digestifs. La malade, qui a 41 ans, met tous ces symptômes sur le compte de l'âge critique. Cependant le ventre s'est progressivement développé et notre malade se décide enfin, sur le conseil d'une amie, à aller voir Mme Rampin. Celle-ci diagnostique une grossesse au dernier mois, et constate en même temps dans le flanc droit la présence d'une tumeur volumineuse, que, d'après le récit que vient de lui faire la

malade, elle attribue à une grossesse extra-utérine.

Quinze jours après cet examen, la femme C... accouchait normalement après un travail de trois heures d'un enfant vivant.

Après l'accouchement, notre intelligente accoucheuse, profitant de la flaccidité des parois abdominales, chercha de nouveau par la palpation, à déterminer la nature de la tumeur; et ce ne fut plus avec timidité cette fois, c'est avec une conviction profonde qu'elle posa le diagnostic : *grossesse extra-utérine.*

La femme C... a vécu encore deux ans; admise à l'hôpital de Toulon pour tuberculose pulmonaire, le 8 janvier 1877, elle y est morte le 2 mars.

L'autopsie a donné pleinement raison à Mme Rampin; car nous avons trouvé dans la trompe droite un fœtus à terme, macéré, enveloppé d'une poche épaisse.

C'était donc une *grossesse tubaire,* qui n'a pas duré moins de sept ans, et pendant laquelle il y a eu fécondation et accouchement normal. (*Revue de littérature médicale.*)

Traitement spécifique de la fièvre typhoïde. — Dans une note insérée dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, M. le docteur Beaupoil, membre correspondant de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, émet la proposition suivante :

La *nature spécifique* de la fièvre typhoïde réclame un *traitement spécifique* comme son principe producteur. Je crois avoir trouvé ce spécifique dans le *borotartrate de potasse*, vulgairement appelé *crême de tartre soluble :* parce que, depuis plus de vingt-cinq ans que je fais usage de ce sel contre la fièvre typhoïde, j'ai vu la mortalité de cette affection s'abaisser à 4 p. 100, au lieu d'atteindre 25 ou 30 p. 100 selon la proportion habituelle, bien que toutes les autres conditions fussent restées les mêmes.

Depuis longtemps d'ailleurs le borotartrate potassique est considéré comme un antifermentescible excellent, puisqu'il suffit, pour empêcher la viande fraîche de se putréfier, de la recouvrir avec ce sel ou de la plonger dans sa solution saturée.

Tous mes typhoïdes boivent à discrétion une tisane de chiendent ou de graines de lin tenant en solution 4 gr. de borotartrate potassique par litre.

La dose du sel absorbée varie par conséquent avec la soif des malades. Un à deux litres de tisane constituent la dose minimum. J'ai vu une femme très-gravement atteinte en absorber 15 à 18 litres par jour pendant trois septenaires. Elle a guéri. (*Arch. méd. belges*).

Pelvi-péritonite suivie de vomissements opiniâtres. — Collapsus. — Injections sous-cutanées d'éther sulfurique. — Guérison. — Je fus appelé, le 6 février dernier, chez une femme de Schlestadt, qu'on me dit être à toute extrémité. En effet, elle mourrait presque asphyxiée, vu que le ventre était immensément distendu par des gaz et des liquides péritonéaux, en un mot, par suite d'une inflammation péri-utérine qui avait été méconnue. Le ventre diminua rapidement, grâce à un traitement antiphlogistique des plus énergiques. Alors recommencèrent les vomissements opiniâtres qui avaient signalé la première période de la maladie et que ne purent arrêter ni la glace, ni les médicaments préconisés. D'abord verdâtres, ils se mélangèrent peu à peu avec des déjets par le haut, couleur marc de café. En même temps, je constatais une douleur très-violente vers le côté gauche de l'appendice xiphoïde, en déprimant la peau en cet endroit. Cette douleur, ainsi limitée, et l'absence de tumeur dans ces régions, me firent croire à un ulcère de l'estomac compliquant encore l'ancien mal. Il y eut quelques rémissions les jours consécutifs, et la malade cessant de vomir, j'eus de nou-

veau de l'espoir. Mais un léger écart de régime (la malade prenait du lait glacé) recommença la scène jusqu'au commencement de mars où cette femme fit une fausse couche, qui la mit à deux doigts de sa perte. Les vomissements cessèrent alors pendant quelques jours pour devoir recommencer plus fort que jamais, mais ne présentèrent plus la couleur marc de café; en même temps, la sensibilité de l'estomac s'amoindrissait.

Il y eut en moyenne huit vomissements par jour et autant la nuit, et cette femme, réduite à l'état de squelette, semblait devoir succomber. Le 14 mars, à la suite d'un effort de vomissement, elle eut une faiblesse qui dura toute la journée et qui, vers le soir, dégénéra en vrai collapsus. Malgré les moyens employés en pareil cas, nous ne pûmes avoir aucune réaction; cet état dura toute la nuit suivante. Le lendemain matin, toute connaissance était perdue et la mort paraissait imminente. Je fis alors une première injection hypodermique de quinze gouttes d'éther sulfurique, suivant l'indication de M. Verneuil. La piqûre ne fut pas sentie, et cependant, environ une demi-minute après, la malade commença à remuer et à jeter un léger cri. Une heure après une nouvelle injection fut faite, également de quinze gouttes, et, une minute après, nouveau cri un peu plus fort. Vers le soir, notre moribonde se ranima. La nuit fut assez bonne, car la malade dormit deux heures, ce qui ne lui était plus arrivé depuis longtemps, et, chose curieuse à noter, le lendemain les vomissements avaient complètement cessé. L'appétit revint très-vite et aujourd'hui, c'est-à-dire une quinzaine de jours après un état que tout le monde considérait comme mortel, cette femme mange pour ainsi dire de tout, dort admirablement et se trouve être en pleine convalescence.

Je crois que les injections d'éther sont inoffensives; en effet, un Anglais, M. le Dr Macan, en a injecté dernièrement huit grammes du coup, et peu après encore quatre grammes (éther acétique), ce que je serais tout décidé à faire dans des cas pressants, comme à la suite d'hémorrhagies *post partum*.

(*Gaz. méd. de Strasb.*)

Chloroforme à faible dose dans l'accouchement. — Anesthésie viscérale. — Coliques de plomb. — Réflexions. — M. Tarnier a eu maintes fois l'occasion d'étudier ce fait, en apparence paradoxal cité par tous les obstétriciens qui ont donné le chloroforme dans l'accouchement normal, à savoir qu'une femme peut, en respirant un peu de chloroforme, voire même en se l'administrant elle-même et sans perdre connaissance, atténuer, supprimer presque complétement la douleur des contractions utérines. Pour un grand nombre de femmes, il a eu l'occasion de vérifier le fait. Pour sa part, il emploie volontiers cette anesthésie incomplète. Dans le cas de douleurs très-vives, elle est plus particulièrement indiquée. Dans ces cas, elle facilite, elle peut même accélérer très-notablement le travail de l'accouchement.

Quand on leur fait respirer ainsi le chloroforme, les femmes expriment bientôt leur satisfaction. Elles s'assoupissent entre les contractions utérines. Lorsque celles-ci reviennent, elles les sentent sans en souffrir beaucoup. Elles réclament le chloroforme pour leur soulagement. Celles qui ont eu d'autres accouchements sans le chloroforme peuvent affirmer et très-véridiquement, bien qu'on en ait dit, combien ce mode de travail est moins pénible que celui de l'accouchement simple.

Certains auteurs ont fait un monstre de l'administration du chloroforme en obstétrique. D'abord, il est bien certain que les femmes en travail jouissent d'une immunité réelle pour le chloroforme, même conduit jusqu'à résolution. Cela est dû probablement, dit la théorie, à la congestion encéphalique, entretenue par les efforts du travail;

elle préserve de l'anémie cérébrale, de la syncope.

Puis, comme il suffit, dans la plupart des cas, de donner du chloroforme par quantités minimes, sans aller jusqu'à la perte de connaissance, on ne peut même alors redouter aucun accident. Quelques gouttes sont mises sur un mouchoir, et chaque fois qu'une douleur revient, on le porte devant la bouche de la malade. Cette pratique peut être continuée pendant des heures, et un médecin peut parfaitement diriger seul l'administration, tout en vaquant aux soins nécessaires à l'accouchement. Tout au plus est-il un peu embarrassé, si, lorsque vient la période d'expulsion, il juge à propos d'anesthésier à fond pour éviter toutes les douleurs.

Mais l'anesthésie incomplète suffit parfaitement. Elle laisse la femme assez éveillée pour s'aider, et immédiatement après l'accouchement, on peut lui donner du seigle ergoté s'il est nécessaire. Elle prend sans difficulté, ce qui n'est pas toujours facile après l'anesthésie complète, réservé plus souvent aux opérations obstétricales.

M. Tarnier ne pense pas qu'on doive, en règle générale, donner le chloroforme pour tous les accouchements, mais il ne voit pas de bonnes raisons de le refuser, lorsque les douleurs sont très-vives. Il est absolument indiqué, lorsqu'il se produit à des degrés divers, de la contracture utérine. Il se produit alors de véritables spasmes utérins, et pour ces causes les progrès du travail sont ralentis.

Dans ces cas, le chloroforme fait disparaître tout l'élément spasmodique, le travail devient indolore et facile. Par cela même, le chloroforme est éminemment favorable, il permet au travail de s'achever rapidement et même alors il peut préserver de complications graves.

Apporte-t-il quelque trouble dans l'évolution de l'accouchement? Non. Cependant, en dehors de ces cas, où il supprime le spasme, il faut reconnaître qu'il ralentit un peu le travail, et c'est la véritable raison pour laquelle M. Tarnier pense qu'on ne le doit pas donner pour tout accouchement normal.

Mais les autres inconvénients qu'on lui a reprochés sont imaginaires. Pour la femme en couche comme pour toute opération chirurgicale, M. Tarnier pense qu'une véritable contre indication se tire des maladies du cœur. Aussi veut-il qu'on ausculte la malade avec soin avant de l'endormir. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Observation d'un cas de tolérance extraordinaire pour l'opium. — Le capitaine Frédéric Lahrbush, né à Londres, le 9 mars 1766, vient d'atteindre l'âge fabuleux de cent onze ans. Entré au service à vingt-trois ans, il a parcouru le monde entier, a fait partie de la garde de Napoléon, à Sainte-Hélène, et a fini par venir se fixer à New-York. Pendant soixante-dix ans, le capitaine Lahrbush n'a pas cessé de faire usage de l'opium. C'est en 1807, aux Indes, qu'il contracta cette habitude. Au début, il ne prenait que des doses faibles, un demi-grain tout au plus, et encore n'était-ce pas tous les jours. Mais peu à peu les doses augmentèrent. De un grain, il arriva progressivement à vingt, à trente-six grains. Enfin, en 1856, il atteignait la dose fabuleuse de quatre-vingt-dix grains par jour. Un médecin, qu'il consulta à cette époque et qui n'a pas cessé depuis de lui donner des soins, parvint à réduire peu à peu la dose, mais sans faire renoncer complétement le capitaine à son narcotique favori.

Les effets de cette étrange habitude ont été les suivants. La constipation a été constante, au point de produire fréquemment une grosse tumeur dans le côlon. Chaque fois que le malade restait quarante-huit heures sans prendre d'opium, il se déclarait une diarrhée abondante, avec un grand malaise général. A part cela, la santé s'est toujours maintenue bonne.

La dernière fois que M. Mattison vit le capitaine, c'est-à-dire le 31 mars dernier, il était sur le point de succomber à une congestion pulmonaire contractée à la suite d'un refroidissement. On attendait la mort d'un instant à l'autre.

Ce cas est certainement unique dans la science, d'abord par les doses énormes atteintes par le capitaine Lahrbush, et ensuite par l'âge extraordinaire auquel il était parvenu. (*The méd. record de New-York*).

Des végétations de la muqueuse intra-utérine. — M. Gallard relate l'observation d'une malade âgée de soixante-cinq ans et qui, depuis deux ans, avait de fréquentes métrorrhagies. L'examen par le toucher démontra qu'il n'y avait pas d'affection cancéreuse; le cathétérisme fit reconnaître que la cavité utérine était spacieuse et qu'elle mesurait douze centimètres. *Diagnostic :* Végétation de la muqueuse utérine. Des injections intra-utérines avec le perchlorure de fer furent faites et demeurèrent inefficaces. M. Gallard eut alors l'intention de pratiquer la cautérisation, *loco dolenti*, avec l'acide azotique pur, mais M. Brachet, appelé en consultation, fut d'avis d'employer de préférence la pâte de Canquoin, qui fut, en effet, appliquée à trois reprises différentes. Ces applications ne donnèrent pas de résultats entièrement satisfaisants; les métrorrhagies recommencèrent au bout de quelques jours.

MM. Richet et Gallard se décidèrent alors à avoir recours à l'abrasion à l'aide de la curette de Récamier. La malade ayant été chloroformisée, l'instrument fut introduit dans la cavité utérine, et on en retira une pleine soucoupe de fragments blanchâtres; un morceau de pâte de Canquoin fut ensuite abandonné dans l'utérus. Il n'y eut point de fièvre, plus d'hémorrhagie, et la malade put dès lors être regardée comme entièrement guérie.

Les fragments retirés de l'utérus ayant été examinés au microscope, on reconnut que c'étaient bien des débris de végétations de la muqueuse, végétations dues à une hypertrophie et à une dilatation des follicules et des papilles de la muqueuse utérine avec une très petite quantité de tissu conjonctif interposée.

La guérison étant parfaitement assurée et la malade ayant été examinée à nouveau, le toucher vaginal démontra que la matrice avait en grande partie disparu; elle était atrophiée, et le col, oblitéré, ne pouvait être retrouvé. (*Congrès du Havre*).

Durillons plantaires. — M. le professeur Gosselin appelait dernièrement l'attention de ses élèves sur une affection qu'on rencontre chez les sujets qui marchent beaucoup. Il se forme chez ces individus une transformation fibreuse de l'épiderme à la région plantaire, transformation constituée par la succession de couches épidermiques qui se condensent, forment des durillons qui rendent la marche difficile, douloureuse et quelquefois impossible. Quoique ces individus, cependant, aient un pied bien conformé, ces douleurs tiennent à l'existence de ces productions épidermiques que Boyer a appelées, quand elles sont limitées, des corps plantaires.

Quand il s'agit simplement de ces derniers, leur ablation peut être appliquée. Pour cela, il suffit de circonscrire les parties indurées de la peau, par deux incisions semi-elliptiques et de les enlever. Mais quand ces durillons sont tels qu'il faudrait, pour les extirper, faire une plaie très-étendue à la partie antérieure de la région plantaire et une autre au-dessous du calcanéum, il serait imprudent de recourir à une opération sanglante. Aussi M. Gosselin se contente de mettre le malade à l'abri de ces douleurs et de la petite inflammation, en conseillant l'emploi d'une semelle de liége avec un trou correspondant à la partie épidermique qui est le siége du durillon, dont il réussit

généralement ainsi à pallier les inconvénients. (*Paris méd.*)

Des injections sous-cutanées de sang défibriné dans les états cachectiques graves.—Le docteur Schmeltz, de Schlestadt, dans un cas de cachexie très-avancée, a employé avec succès les injections sous-cutanées de sang défibriné. Il s'agissait d'un homme de soixante ans dans un état de cachexie très-avancé. Se fondant sur les expériences faites par Karst, de Kreuznach, sur les animaux, expériences qui montraient la possibilité d'introduire par le tissu cellulaire du sang dans l'économie, il proposa de faire des injections hypodermiques de sang. Voici comment il procéda :

Ayant été fourni par le fils du malade, moyennant quelques ventouses appliquées dans le dos, le sang ainsi recueilli fut défibriné. Un verre conique, recouvert d'une flanelle, servit à la défibrination. Une seringue en verre, garnie d'une aiguille creuse et pouvant renfermer 5 grammes de liquide, fut remplie de ce sang défibriné et une première injection hypodermique était pratiquée à la partie moyenne du bras. On injecta ainsi successivement la même quantité de sang sous la peau de l'avant-bras droit, du bras et de l'avant-bras gauche, des cuisses et des jambes. Huit injections avaient été faites et par conséquent 40 grammes de sang défibriné avaient été déposés dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les bosses sanguines se résorbèrent au bout de deux jours. L'état général du patient s'améliora très-rapidement. L'inappétence complète disparut au point qu'il put manger des viandes grillées quelques jours après. Le pouls, de filiforme devint large et dur et battit 80 fois à la minute. La céphalalgie, l'anxiété, les battements de cœur, la faiblesse extrême firent place à un grand soulagement, et le patient put dormir. Huit jours après l'opération, le malade se levait et entrait en convalescence. Aujourd'hui, près de trois années se sont écoulées depuis lors, et le bien-être du malade continue à tel point, qu'il se passe de soins médicaux depuis plus de deux ans. (*Gazette de Strasbourg.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Rhumatisme articulaire aigu.

P. Cyanure de zinc . . 0,10 cent.
Eau de laurier cerise. 15 gr.
Potion gommeuse. . 135 —
F. S. A.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures.

(Dr Luton, de Reims).

P. Salicylate de soude. . 10 gr.
Eau distillée . . . . . 120 —
Sirop de menthe . . . 30 —
F. S. A.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures.

Hémoptysie.

P. Sirop de quinquina. } de chaque
Sirop de ratanhia. . } 50 gr.
Sirop de térébenthine. 30 —
Vieux cognac . . . . . 20 —
Baume de copahu. . . 3 —
Poudre de Dower. . . 0,50 cent.
M.

Le docteur Béhier recommande cette formule quand l'expectoration est abondante. (*Courrier médical.*)

Coqueluche.

P. Extrait d'aconit. . . . 0,05 cent.
Eau de laurier cerise.. 4 gr.
Sirop d'épicacuanha. . 30 —
Eau gommeuse . . . . 200 —
M.

Le docteur Davreux considère cette potion comme extrêmement efficace. On l'administre dès que l'enfant présente la toux caractéristique, à la dose d'une cuillerée à café d'heure en heure, pour les enfants du premier âge; passé trois ans, deux cuillerées, chez l'adulte une cuillerée à bouche toutes les heures. (*Lyon médical.*)

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1877.

Présidence de M. Baillarger.

Localisations cérébrales. — M. *Bourdon* lit un travail assez long intitulé : *Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres.* M. Bourdon a fait ses recherches dans le but de contrôler par des observations cliniques les résultats des expériences faites sur des animaux. Il cite d'abord une observation qui lui appartient d'un cas très-net de monoplégie brachiale : un vieillard, d'une constitution très-délabrée, après un simple vertige est frappé subitement d'une paralysie limitée aux muscles de l'avant-bras et de la main du côté droit, avec conservation de la sensibilité. La parole revient promptement ; mais la paralysie partielle du membre supérieur persiste jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouve un petit foyer hémorrhagique très-superficiel situé à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante de l'hémisphère gauche. Aucune lésion du côté des centres ganglionnaires. M. Bourdon rapproche de ce fait un certain nombre de cas empruntés à divers auteurs, et dans lesquels les lésions anatomiques ont toutes pour siége le zone motrice corticale. Celle-ci n'est pas limitée au 1/3 supérieur de la circonvolution frontale ascendante et aux 2/3 supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante, comme MM. Carville et Duret concluaient de leurs expériences sur les animaux, ni au 1/3 moyen de la circonvolution frontale suivant la localisation proposée par MM. Charcot et Pitrés, mais elle s'étend à toute la hauteur des circonvolutions ascendantes et sur les parties contiguës. M. Bourdon rapporte également deux cas d'amputation du bras avec autopsie : l'un est de M. Chouquet, l'autre de M. de Boyer. Dans les deux cas, on a rencontré une atrophie siégeant à la partie supérieure des deux circonvolutions ascendantes.

Enfin, dans une seconde partie de son mémoire, M. Bourdon s'est préoccupé des mouvements du membre inférieur. Il paraît ressortir de ses recherches qu'il n'existe pas réellement un centre moteur distinct de celui des membres supérieurs. L'auteur termine par diverses considérations relatives à l'application du trépan dans les cas de paralysie limitée à l'un des membres supérieur ou inférieur. Des observations sont échangées à la suite de cette lecture entre MM. Gosselin, Bourdon et Gueneau de Mussy.

Syphilis pulmonaire. — M. Lanceraux donne lecture d'une note sur un cas de syphilis pulmonaire, suivie de réflexions sur la syphilis des viscères et les erreurs dont elle est l'objet.

Séance du 30 octobre 1877.

Présidence de M. Bouley.

Désarticulation de la hanche. — M. Verneuil lit un travail intitulé : *Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les p rocédés opératoires et le mode de pansement.* Voici les conclusions de cetravail :

1° La désarticulation de la hanche comporte et comportera toujours un pronostic grave, d'une part, en raison des dangers inhérents aux affections qui la nécessitent, de l'autre, à cause des accidents traumatiques auxquels elle expose, à titre de grande blessure.

2° Impuissants contre les premiers périls, nous pouvons prévoir et combattre, prévenir surtout les accidents traumatiques, en acquérant la connaissance exacte de leur origine et de leurs causes.

3° Parmi ces accidents, il faut noter au début la perte de sang trop considérable pendant l'opération, et plus tard la septicémie.

4° A la crainte si fondée de l'hémorrhagie opératoire, on a opposé plusieurs expédients : rapidité extrême de

l'exécution, compression préalable de la fémorale, de l'iliaque externe, de l'aorte, ligature préliminaire ou successive des vaisseaux fémoraux, etc., lesquels sont trop souvent inapplicables, insuffisants, incapables de réaliser l'économie du sang.

5° Le meilleur moyen d'atteindre ce but si désirable consiste : d'abord à refouler dans l'économie le sang contenu dans le membre, à l'aide de la bande élastique, puis à enlever la cuisse comme s'il s'agissait d'une volumineuse tumeur, en découvrant et en liant les vaisseaux principaux avant de les ouvrir. Ce procédé n'est ni brillant ni rapide, mais il a donné de bons résultats à moi-même, en 1864 et 1869, et à M. Rose, de Zurich, en 1873.

6° Pour prévenir la septicémie et ses diverses formes : aiguë, chronique ou pyohémique, il est essentiel d'empêcher les fluides altérés de stagner dans une plaie trop favorablement disposée à les retenir; utile, si on le peut, de combattre même les altérations des fluides susdits.

7° La réunion immédiate adoptée par la totalité des chirurgiens, et qu'ont eu en vue tous les inventeurs de procédés, est inapte à remplir les deux conditions précédentes ; elle favorise bien plus tôt l'altération et la rétention des fluides ; ne serait-ce qu'au fond du cotyle; elle doit être abandonnée.

8° Pour la même raison, il faut abandonner le procédé ovalaire latéral et le procédé à lambeau antérieur; on leur reconnaît pour avantage l'occlusion naturelle de la plaie; ils ont précisément pour inconvénient de masquer les parties profondes et d'exposer à la rétention des fluides.

9° Le procédé à lambeaux latéraux et même encore le procédé ovalaire antérieur sont bien préférables; ils donnent à volonté une plaie béante, largement exposée, dans laquelle *toute* rétention est impossible, et très-facile, au contraire, *toute* application antiseptique.

10° L'objection tirée de la lenteur de cicatrisation d'une aussi vaste plaie a peu de valeur, si l'on songe qu'avec la réunion immédiate qui se targue surtout de hâter la guérison, celle-ci a toujours exigé une moyenne de deux longs mois.

11° Les trois modes de pansement, qui se disputent actuellement la suprématie, peuvent être certainement employés après la désarticulation de la hanche; cependant, comme il est difficile, dans cette région, d'appliquer convenablement et correctement aussi bien le bandage ouaté d'Alphonse Guérin que le pansement antiseptique de Lister, il convient de recourir au pansement ouvert avec topiques antiseptiques, qui est d'une exécution très-aisée et qui a déjà fait ses preuves,

---

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'académie : M. le Dr Pierre Duclos; M. le Dr Renard (de Bourbonne-les-Bains); M. le Dr Robert, professeur à l'école de médecine de Poitiers; M. le Dr Barnsby, professeur à l'école de médecine de Tours; M. le Dr Nave (de Sarlat); M. le Dr Girard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Draguignan.

Hôtel-Dieu. — Dans les bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu, l'administration a fait réserver une salle spéciale pour la bibliothèque des internes de l'établissement.

Cette bibliothèque, qui compte déjà un millier d'ouvrages scientifiques, va bientôt s'enrichir d'acquisitions nouvelles.

Sur la demande qui lui en a été faite,

le préfet de la Seine, après délibération du conseil municipal, vient d'accorder une subvention de 2,000 fr. à ladite bibliothèque.

***

Protestation de la Faculté de médecine. — Un arrêté ministériel du 11 octobre dernier nommait des professeurs complémentaires de clinique, choisis en dehors du corps des agrégés. De là une double protestation, l'une de la part de la Faculté, l'autre de celle des agrégés. Un des professeurs, nommé par cette voie insolite, M. le Dr Besnier, a, dit-on, déjà adressé sa démission. Cet exemple ne tardera pas, sans doute, a être suivi par les nouveaux élus, dont la position, vis-à-vis de leurs collègues, serait des plus délicates.

***

Société française d'hygiène. — La séance de rentrée de la Société s'est faite dans la salle du rez-de-chaussée de la Société d'Encouragement. M. le Dr de Pietra Santa, dans un langage précis, a commencé par faire en ces termes un rapide historique des progrès de l'œuvre :

« Malgré de nombreuses difficultés, conséquences naturelles d'une hostilité sourde, d'une indifférence systématique, d'une concurrence toute commerciale, la Société atteint à ce jour le chiffre fort respectable de 335 membres :

10 membres honoraires ;
113 — associés étrangers ;
55 — titulaires (Province) ;
157 — titulaires (Paris).

» Ces chiffres portent avec eux leur éloquence et leur enseignement. »

***

Un cas de rage chez une sœur garde-malade. — Nous apprenons à l'instant une triste nouvelle. Une des sœurs gardes-malades de l'ordre de Troyes a succombé le 17 octobre dernier, à une attaque de rage contractée en défendant des enfants commis à sa garde.

***

Le lait de femme en Chine. — En Chine, on vend le lait de femme. Ainsi, à Sanghaï, la demi-pinte ne coûte que vingt centimes ; le docteur Makensie (de Ruigpo) prétend avoir vu souvent les femmes du pays en prendre dans de petits vases au milieu des rues de cette localité. Le lait de femme est fort estimé par les Chinois comme aliment réparateur chez les vieillards et les phthisiques. (*Journ. de méd. et de pharm. de l'Algérie.*)

***

Où prendre du vaccin ? — Le mardi 30 octobre, M. le Directeur de la vaccine à l'Académie de médecine, a du faire les vaccinations *avec du vaccin conservé,* parce que ce jour-là il ne s'est présenté *aucun enfant* sur lequel il fût possible de prendre du virus frais. Nous espérons que, devant cette pénurie absolue de vaccin, le conseil général de la Seine ou l'Administration prendront des mesures suffisantes et voteront des fonds afin que ce service de la vaccine ne soit plus en souffrance. (*Journal des Sages-Femmes.*)

***

Tunnel sous-marin. — Les travaux pour la construction du grand tunnel sous-marin sous la Manche, dont on a déjà parlé, sont commencés.

Un puits est déjà creusé à cent mètres au-dessous du niveau de la basse-mer ; une galerie est en exécution sous la mer, dans le calcaire ; elle aura un kilomètre de longueur. Ces travaux ont lieu à Sangatte. (*Gazette des Touristes.*)

***

Comment on mange en Abyssinie. — En Abyssinie, la viande de bœuf entièrement crue, chaude encore, palpitante et quasi vivante, est le mets

de prédilection des classes aisées. Mais aussi, il n'est pas un Abyssin de condition un tant soit peu élevée qui n'ait le tœnia et qui ne s'en fasse honneur, la présence de cet hôte parasite étant le témoignage d'un régime alimentaire distingué.

Voici, d'après un médecin anglais, le docteur Henry Blanc, la façon vraiment originale dont procèdent les gourmets abyssins pour se régaler de ce mets favori, lequel se nomme *brindo* dans leur langue.

Le bœuf qui doit en fournir les éléments n'est abattu qu'au moment du repas. Un domestique en apporte sur la table un quartier chaud et saignant : le maître de la maison en fait les honneurs. A l'aide d'un couteau bien tranchant, il détache des lanières de chair musculaire, qu'il trempe dans une sauce composée d'un mélange de sel, de poivre rouge, de beurre frais, et de bile de l'animal.

Le docteur Henry Blanc ne fut pas victime de cet excès de cérémonial hospitalier ; à raison de sa qualité d'Européen, on lui permit de manger, ainsi qu'à son compagnon, le *brindo* en « barbares ». — « Nous pûmes, dit-il, couper notre viande en petits morceaux que nous trempâmes dans la sauce à la bile. et roulâmes après entre des morceaux de pain ; en somme, nous fîmes des *sandwichs* à la viande crue.

« Après les 3 ou 4 premières bouchées, j'ai presque honte de l'avouer, tous deux nous prîmes goût au *brindo*. Le goût de cette viande crue et chaude est agréable. On peut en manger facilement *un kilo* et se lever de table avec un bon appétit. D'après une expérience personnelle, je puis déclarer que la saveur est d'autant plus délicate que la viande est plus fraîchement tuée et les contractions musculaires encore perceptibles. Le *brindo* froid est tout aussi désagréable que les huîtres qui ne sont pas fraîches. »

Inutile de dire que la fourchette est un luxe inconnu des Abyssins, qui trouvent infiniment plus commode de se servir des doigts. (*Le Médecin.*)

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du* 18 *au* 25 *octobre*, on a constaté, 849 décès ainsi répartis : variole, 1 ; rougeole, 9 ; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 32; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 29 ; pneumonie, 69; dysentérie, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 10; choléra infantile, 0; choléra, 0 : angine couenneuse, 26 ; croup, 14 ; affections puerpérales, 3; affections aiguës, 241 ; affections chroniques, 333 (dont 145 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 52; causes accidentelles, 23.

Du 25 *oct. au* 1er *nov.* 765 décès ainsi répartis : variole, 1; rougeole, 3; scarlatine, 5; fièvre typhoïde, 28; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 29; pneumonie, 70; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des enfants, 4; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 27 ; croup, 14 ; affections puerpérales, 3 ; affections aiguës, 202 ; affections chroniques, 320 (dont 149 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 36 ; causes accidentelles, 19.

***

Nécrologie. — Le Dr Munaret, le spirituel auteur du *Médecin des villes et des campagnes*, vient de mourir à Brignais, près Lyon, où il exerçait la médecine depuis près d'un demi-siècle. Ce distingué confrère écrivait, dans ces derniers temps, des articles plein de verve et d'*humour* dans *le Lyon médical*. Chacun, avec nous, déplorera la perte prématurée de cet esprit original, dont les écrits décelaient un grand sens pratique.

***

Policlinique de chirurgie des femmes, du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29, du 1er novembre au 31 août. — Le jeudi à 9 heures du matin : consultations libres; à 11 heures : leçon

clinique libre. La première leçon aura lieu le 8 novembre; elle sera consacrée à l'examen de la question du *secret médical* devant les tribunaux; 1° dans le cas de déclaration de naissance; 2° dans le cas de témoignage.

***

Ecole pratique.—Cours libres.— M. le Dr Henri Picard commencera, le jeudi 8 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 1, un cours public sur les *maladies de l'appareil urinaire*, qu'il continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Hygiène et maladies des nourrissons. — M. le Dr Brochard commencera ce cours le mercredi 14 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

***

Cours d'analyse pratique des urines. — M. Delefosse reprendra ce cours, gratuit pour les médecins, le dimanche 18 novembre, à dix heures du matin, 14, rue Notre-Dame-de-Lorette, pour le continuer, dans les mêmes conditions, tous les dimanches.

***

Cours sur la chirurgie des voies urinaires. — M. Delefosse recommencera ses cours, à l'École pratique, sur la chirurgie des voies urinaires, le 20 novembre, à trois heures, amphithéâtre n° 3. Ces cours seront continués les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

VARIÉTÉS

Manuel des dyspepsies, à propos duquel je commente un aphorisme de Brillat-Savarin.

Le *Manuel des dyspepsies* est une nouvelle publication du professeur Burggraeve et son journal *Répertoire* nous en promet plusieurs autres; ce sont de précieux matériaux, dépouillés de leur gangue routinière et trouvés par un habile chercheur, mais trop hâtivement mis en œuvre par l'écrivain : tels qu'ils sont cependant, ils serviront plus tard à élever un monument UNIQUE à l'hippocratisme qui portera le titre d'*Organon* de la médecine dosimétrique.

Je m'empresse de féliciter l'auteur sur la double opportunité de son petit livre, car la dyspepsie est la maladie de presque tout le monde, et tout le monde pourra, avec ses indications, substituer avantageusement aux eupeptiques, aux reconstituants, aux élixirs, à la pepsine, à la diastase, à la maltine, etc., etc., une médication toute vitale, ayant plutôt égard au fond qu'à la forme.

J'ai dit que la dyspepsie était la maladie de tout le monde; c'était déjà la plainte du poète Berchoux :

Hélas! nous n'avons plus l'estomac de nos pères!
Que nous sommes loin d'eux.

Quarante ans après, Chomel, qui fut le médecin le plus occupé de Paris, disait aussi que parmi les personnes qui venaient le consulter, un quart était atteint de dyspepsie, sans avoir une réputation spéciale à ce sujet.

Je n'invoquerai pas le témoignage d'autres confrères; tous — pour cette fois — s'accorderaient à dire : oui, c'est plus ou moins la maladie de tout le monde.

Pourquoi?

Brillat-Savarin a répondu: « Les bêtes se repaissent, l'homme mange, l'homme d'esprit seul sait manger »

Cet aphorisme plaît et séduit à première lecture, mais pour satisfaire le plus bénévole des gastronomes, il a besoin de commentaires.

Les bêtes se repaissent, l'homme mange;

cette distinction synonymique est-elle bien équitable? Je ne le pense pas.

Les bêtes sont généralement plus sobres que l'homme; je n'ai pas encore vu un animal domestique crever d'indigestion ou seulement boire, sans choisir entre plusieurs eaux, quand il peut choisir; j'ai écrit, il y a trente ans, et ma citation paraîtra datée d'hier : « Les deux bouts de notre population méritent le même reproche : manger sans faim et boire sans soif. Le riche s'indigère ou s'enivre quand il veut, et l'ouvrier quand il peut (1). »

L'intempérance humaine prime donc, elle est flagrante : première cause des dyspepsies.

L'homme d'esprit seul sait manger. Est-ce que l'*homme d'esprit*, comme l'a compris Brillat-Savarin, serait le *Viveur* dont l'histoire fut esquissé en 1842 par James Rousseau?

Une distance égale sépare le gastronome du gourmand.

Les grandes pensées viennent de l'estomac, a dit je ne sais plus quel philosophe moderne; il aurait dû dire les *bonnes* pensées. « Si quelqu'un vient me demander de quel aliment il doit user et en quel temps il doit le prendre, disait Ramazzini, je le renvoie à son estomac, qui est plus capable que qui que ce soit de lui donner là-dessus un bon conseil. »

Je pense aussi que l'homme ayant l'esprit de savoir manger est celui qui consulte l'organe chargé de digérer ce qu'il mange; en d'autres termes, celui qui sait concilier les sages préceptes de l'hygiène avec les suggestions plus ou moins dangereuses de la sensualité.

Le mauvais choix des aliments et du temps où il faut manger : deuxième cause des dyspepsies.

Ce n'est pas dans une causerie qu'il est possible d'énumérer seulement les aliments étudiés sur moi et sur les autres, mais je recommande, pour y suppléer, l'excellent ouvrage de Paul Gaubert (1), en y ajoutant cette remarque de Brillat-Savarin : « Les substances nutritives ne sont repoussantes ni au goût, ni à l'odorat. »

Donc, la viande saignante n'est pas nutritive, parce qu'elle est repoussante au goût et même à l'odorat, et j'espère que cette anglomanie ne pourra pas se naturaliser chez nous, malgré la paresse des cuisiniers, indignes de leur art, qui s'accommodent volontiers de toute besogne rapide et économique; la mode (de quoi n'est pas capable cette vieille folle?) voudrait bien faire prendre le change entre ces morceaux de bœuf ou de mouton qui semblent avoir été détachés tout à l'heure du cadavre auquel ils appartiennent et seulement le gigot rôti à point, mais elle ne prévaudra jamais contre la cuisine française.

« Nos pères, a dit Nestor Roqueplan, ne comprenaient pas les boucheries à domicile, et les admettaient à peine pour le gibier qu'ils mangeaient *non* pas rouge, mais rose. »

Comme médecin, j'admets seulement l'usage limité de la viande crue comme analeptique pour remonter certains estomacs débiles, et faut-il encore, à cause de la répugnance qu'elle inspire, l'administrer sous forme pilulaire, enrobée de sucre ou de confiture.

(*A suivre.*)

(1) *Le Médecin de campagne.*

(1) *Hygiène de la digestion.*

BIBLIOGRAPHIE

Maladies des femmes. — Question de la stérilité subordonnée dans certains cas aux déviations utérines, etc.

Réfutation du professeur Pajot, par le professeur Pajot, par le Dr Abeille.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris.— Imp. Balitout, Questroy et Cie, 1, rue Baillif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 23. — 1er DÉCEMBRE 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Service de M. Bouchut.

§ 1. — Ictère des nouveau-nés.

On présente à M. Bouchut un enfant apporté de la ville, et qui est atteint d'une affection que l'on a bien rarement occasion d'observer à ce degré.

Cet enfant est âgé de quatre mois. Il est fort bien développé; ses chairs sont fermes. Il ne souffre donc nullement dans sa nutrition. Il est le neuvième de la famille, et tous ses frères et sœurs jouissent d'une bonne santé. Les antécédents sont donc excellents, ce qui permet d'exclure toute supposition de gomme syphilitique.

Trois jours après sa naissance, cet enfant fut pris d'ictère, qui persiste à un degré marqué. La peau est, en divers points (le front, les pieds, les genoux, les coudes), le siége de petites ecchymoses qui se résorbent, et se reproduisent sur d'autres parties. Il a rendu du sang par les oreilles, dans ses selles (durant trois jours), et dans les matières du vomissement. Les excréments sont blancs, et comme mélangés à de l'huile.

Tous les organes sont sains, sauf le foie qui est énorme. Il descend jusqu'à la crête iliaque. Il est dur, mais non bosselé.

Il y a ici autre chose qu'un simple cas d'ictère des nouveau-nés. Dans les premiers jours de la vie, il est ordinaire de voir la peau des enfants jaunir. Cette jaunisse est due à une légère phlébite, émanant de la petite plaie ombilicale. Tout disparaît d'ordinaire au bout de sept à huit jours. Chez ce petit malade, il y a quelque chose de plus. Il existe une gêne notable dans la nutrition du foie.

Ce n'est pas tout : le pancréas doit être atteint, puisque la graisse n'est pas assimilée.

Il y a donc, dans l'espèce, deux éléments à combattre : l'affection du foie, et celle du pancréas. Contre la première, M. Bouchut prescrit une cuillerée d'eau de Vichy, ou d'une solution de bicarbonate de soude, à prendre au milieu du jour. Pour faciliter l'assimilation des matières grasses, il ordonne, deux fois par jour, une cuillerée à café de pancréatine Dufresne, délayée dans les boissons. Quelques bains alcalins sont aussi conseillés.

§ 2. — Coqueluche ; cyanose ; anesthésie.

Une très-jeune enfant, entrée hier dans le service, est atteinte d'une coqueluche compliquée de broncho-pneumonie, et de catarrhe suffocant. Elle est cyanosée, tant est grand l'obstacle apporté à l'hématose.

Comme conséquence du défaut d'oxygénation du sang, l'anesthésie est complète. On peut pincer, piquer la petite malade; elle n'accuse plus aucune sensibilité.

Un tel effet se produit dans toutes

les affections des voies respiratoires, assez prononcées pour mettre obstacle à la revification du sang. C'est ainsi que l'anesthésie s'observe dans la bronchite capillaire, dans le catarrhe suffocant, dans les affections laryngées graves, en un mot dans tous les cas où les fonctions respiratoires sont profondément troublées.

Pour remédier à un état des plus graves, M. Bouchut prescrit, avec bien peu d'espoir de succès, un vomitif, et l'application, au creux de l'estomac, d'une sangsue qu'on laissera saigner une heure.

—Le pronostic funeste, porté par l'habile clinicien, ne s'est que trop tôt confirmé, et cette petite malade a succombé dans la journée.

§ 3. — Hystéro-épilepsie, liée à l'établissement du flux cataménial.

Une enfant âgée de treize ans, d'une bonne constitution, n'ayant eu jusqu'alors aucune maladie, eut ses règles pour la première fois, il y a deux mois. A ce moment même, elle fut prise, pour la première fois, d'une attaque d'hystéro-épilepsie, caractérisée par les phénomènes suivants :

Perte de connaissance, mouvements convulsifs de tous les membres, se prolongeant pendant quelques minutes ; à la suite de la crise, un peu de sommeil, suivi d'accablement et de fatigue.

Depuis cette époque, les attaques se sont reproduites presque tous les jours; il en est survenu jusqu'à cinq ou six dans la journée.

Les crises s'annoncent par de l'agacement et de l'oppression.

La malade dit qu'il lui part quelque chose de l'estomac, remontant à la gorge. A ce moment, elle a perdu connaissance. Durant la crise, le visage ne pâlit pas ; quelquefois il y a de l'insensibilité ; d'autres fois, les irritations cutanées sont bien perçues. Pas d'écume à la bouche. La malade n'accuse aucun mal de tête, pas de troubles visuels ni de tintements d'oreilles. Elle a souvent des palpitations de cœur. On entend, à la base de cet organe, un léger bruit de souffle, se prolongeant dans l'aorte et les gros vaisseaux. Point de toux nerveuse. Appétit normal; selles régulières. Ventre non douloureux ; la pression ovarique ne provoque pas les crises.

Voici les intéressantes particularités révélées par l'examen ophthalmoscopique :

La rétine est comme voilée. Il y a un œdème papillaire et péri-papillaire, qui laisse les contours assez appréciables, mais jette sur le fond de l'œil comme une gaze transparente. Les veines sont pâles, dilatées, et flexueuses. Ces modifications rétiniennes sont, sans doute, en rapport avec une altération cérébrale, dont elles ne sont que la conséquence.

C'est ainsi que, à mesure que nos moyens d'exploration se perfectionneront, on verra, de plus en plus, se circonscrire le champ des névroses dites essentielles, qui, par le fait, doivent le plus souvent reconnaître pour cause une lésion matérielle.

M. Bouchut n'a encore rien voulu prescrire à cette petite malade, qu'il veut auparavant étudier avec attention. Il croit, néanmoins, que le bromure de potassium constituera la base de son traitement.

§ 4. — Angine diphthéritique présumée. — Paralysie du voile du palais, du larynx, du diaphrame. — Paraplégie incomplète. — Le cautère au fusin de M. Bouchut.

Une jeune fille, âgée de quatorze ans, d'une constitution chétive, et non encore formée, s'est présentée à l'hôpital il y a trois mois et demi, dans les conditions suivantes :

A la suite d'une angine mal caractérisée, d'une diphthérite, suivant toute apparence, elle fut prise, cinq semaines avant son entrée dans ce service, d'une extinction de voix et de paralysie du voile du palais.

Cette enfant avait pu, quoique avec peine, faire à pied le trajet de sa maison à l'hôpital. La faculté motrice des

membres inférieurs s'est perdue de plus en plus, de telle sorte que la marche est devenue impossible. La sensibilité tactile s'est conservée : la sensibilité reflexe s'est, au contraire, abolie. La paralysie a gagné successivement les muscles abdominaux, les muscles intercostaux, le diaphragme. Elle a eu de véritables crises de suffocation, qui ont failli entraîner l'asphyxie. C'est ainsi que, trop souvent, succombent les sujets atteints d'angine diphthéritique. Bien qu'améliorée à ce dernier point de vue, cette lésion fonctionnelle du diaphragme subsiste encore, et c'est même ce phénomène objectif qui frappe tout d'abord. Au premier coup d'œil, à voir chez cette enfant une respiration aussi précipitée, on serait porté à croire ou à une affection grave du cœur, ou à une collection pleurale très-abondante. Or, les organes thoraciques sont dans un état parfait d'intégrité. L'unique cause de ces perturbations fonctionnelles se rattache à un trouble de l'innervation du bulbe et de la moelle épinière.

Jusqu'ici, divers agents thérapeutiques ont été employés sans succès. M. Bouchut se propose de recourir à un autre mode de traitement, qui réussit très-bien dans les paralysies essentielles. Il espère que, avec de la persévérance, il pourra en retirer également ici de bons effets. Ce moyen, c'est la cautérisation ignée ponctuée.

Le mode selon lequel il effectue cette cautérisation est assez original pour mériter les honneurs d'une description.

M. Bouchut, au lieu d'un fer rouge, emploie un simple fusin à dessiner, de la grosseur d'un crayon ordinaire. Chaque fusin coûte cinq centimes. On peut, pour ce prix des plus modeste, pratiquer plus de cent ponctuations.

Pour se servir de ce nouveau cautère, on en fait rougir une des extrémités à la flamme de la première bougie. La pointe portée au rouge, on en touche vivement la peau, de manière à pratiquer à volonté une série de ponctuations superficielles. Pour entretenir la combustion, on n'a qu'à raviver le feu par quelques insufflations rapides, répétées autant qu'il est convenable.

On peut se servir de ce nouveau cautère, non-seulement pour exciter le tissu cutané, mais encore pour modifier les parties profondes, le col de l'utérus, par exemple. Dans ces dernières conditions, si l'organe était humide, il faudrait avoir soin de le dessécher au préalable au moyen d'un pinceau de charpie, et préparer à l'avance un certain nombre de cautères au fusin incandescents, qui seraient utilisés tour à tour, à mesure que ceux qui seraient employés en premier lieu viendraient à s'éteindre.

—Nous attirons l'attention sur ce nouveau cautère, qui ne manque pas d'originalité et qui, dans nombre de cas, nous semble susceptible d'être employé avec avantage. Dr E. PICARD.

SIMPLE NOTE SUR LA CAUTÉRISATION NITRIQUE PONCTUÉE.

C'est ici le lieu de rappeler un mode spécial de *cautérisation ponctuée* que nous avons nous-même proposé, il y a déjà un certain nombre d'années (1), et dont M. Bouchut (2), lui-même, a fait l'éloge, notamment, dans le traitement de la chorée, en relatant quelques-unes de nos propres observations.

Nous avons pu, par ce mode thérapeutique, guérir un certain nombre de ces affections, qui avaient résisté à tous les autres moyens mis en usage jusqu'alors. Il nous a suffi, pour obtenir cet heureux effet, de pratiquer, de l'un et de l'autre côté de la colonne vertébrale, une double série de *ponctuations nitriques*.

Notre cautère potentiel est constitué par un petit tube en verre, de l'épaisseur d'un crayon, effilé à la lampe à l'une de ses extrémités. Un petit tampon d'amiante sert de diaphragme, et maintient, au-dessus de

(1) Voir notre *Testament médical*, br. in-8°, 1864, article *Nitrotechnie*.

(2) Traité des maladies des enfants, article *Chorée*.

lui, une quantité convenable d'acide nitrique monohydraté.

Veut-on effectuer rapidement les ponctuations? On ne presse que faiblement les filaments d'amiante. Veut-on agir plus lentement? On les comprime davantage. Selon l'épaisseur de la gouttelette caustique déposée sur la peau, selon la durée de l'action de ce même caustique, on obtient une action superficielle ou profonde; on n'attaque que l'épiderme, ou on atteint les couches dermoïdes plus profondes; on obtient une simple exfoliation épidermique, ou on produit la suppuration.

Nous avons eu recours à ce cautère, d'un genre à part, un très-grand nombre de fois. Journellement encore nous l'utilisons au lieu et place du fer rouge. Nous en avons toujours retiré les effets les plus satisfaisants, sans produire sur les esprits les plus pusillanimes la moindre impression pénible.

(*Note du Réd.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA PITIÉ

Clinique de M. VERNEUIL.

§ 1. — Des fausses ascites, et des déceptions qu'elles ménagent aux opérateurs.

Une des malades de M. Verneuil, âgée d'une soixantaine d'années, d'une constitution sèche et nerveuse, présentait les signes objectifs les plus caractéristiques d'un épanchement péritonéal très-abondant. Ventre énorme; forme parfaitement régulière et sans bosselures; veines tégumentaires fortement distendues. Sensation de fluctuation assez nette.

Le doute ne paraissant pas possible, M. Verneuil s'arma d'un trocart, qu'il plongea au lieu d'élection, dans le flanc gauche de la malade, en évitant les veines. Il s'écoula, à grand'peine, environ 150 grammes de sérosité limpide, puis il devint impossible d'en faire sortir davantage, à quelque profondeur, dans quelque direction qu'ait été engagée la canule.

Après quelques paroles de douceur dites à la malade, pour dissiper ses inquiétudes, M. Verneuil se fit donner du collodion qu'il étendit sur un morceau de linge fin, et l'appliqua sur la peau, de manière à recouvrir exactement la petite ouverture, aussitôt après le retrait de la canule.

Malgré sa grande expérience, M. Verneuil venait de commettre une erreur de diagnostic, qu'il s'empressa de confesser. Il en trouva la cause dans les commémoratifs suivants :

Il y a quinze mois, il avait enlevé à cette malade une volumineuse tumeur fibro-plastique de la cuisse. Il s'est développé manifestement chez elle une tumeur secondaire dans le tissus cellulaire du péritoine ou de l'épiploon. Ainsi peut s'expliquer une erreur plus facile qu'on ne pourrait le croire. A l'appui de son assertion, M. Verneuil rappelle le fait suivant, qui mérite d'être médité, car la même erreur a été commise par quatre cliniciens des plus autorisés.

Un malade au tein sub-ictérique et présentant de l'inappétence, avait vu son ventre prendre un développement considérable. Une ascite paraissant évidente, deux médecins distingués se prononcèrent pour la ponction. Le trocart introduit dans la cavité péritonéale, il ne sortit par la canule aucun liquide. Croyant avoir fait choix d'un mauvais endroit, les deux consultants prirent le parti de pratiquer ailleurs une seconde ponction, qui fut aussi inutile que la première. La famille fit appel à d'autres lumières. Deux autres chirurgiens furent mandés. Se méprenant à leur tour, ils n'hésitèrent pas à pratiquer une troisième ponction, qui n'aboutit pas plus que les précédentes. Finalement, le malade succomba à une péritonite symptomatique d'une tumeur de l'abdomen.

Plus d'une fois, à l'amphithéâtre, croyant à une ascite, M. Verneuil a pratiqué la ponction, sans retirer une-

goutte de liquide. Par le fait, ces soi-disant collections n'étaient autre chose que d'énormes tumeurs colloïdes.

Il se rappelle, entre autres, un cas dans lequel, à la suite de l'ablation d'un testicule cancéreux, il s'était développé un cancer secondaire distendant l'abdomen, et présentant tous les caractères objectifs de l'ascite.

Ces exemples donnent profondément à réfléchir. Ils prouvent combien il est parfois difficile de reconnaître ces fausses ascites. Dans le présent cas, cependant, M. Verneuil avait bien cru se mettre à l'abri de l'erreur. Il avait examiné trois ou quatre fois, avec le plus grand soin, le ventre de la malade.

§ 2. — Des névromes consécutifs aux amputations. — Des moignons coniques. Leur production presque fatale, dans le jeune âge. — Deux catégories, au moins, dans les névralgies des moignons.

Un amputé du bras gauche, porteur d'un très-beau moignon, se plaignait d'éprouver dans la main enlevée des douleurs assez fortes pour lui faire perdre tout repos. Ces faits trop communs, et dont l'explication est encore à trouver, réclament une opération qui, le plus souvent, réussit. Cette opération consiste à enlever les névrômes adhérents à la cicatrice ou à l'aponévrose. C'est cette conduite qu'a suivie M. Verneuil, en recourant à l'ischémie, méthode qui facilite singulièrement les recherches, en permettant d'agir à sec. Quelle que puisse être la destinée de la bande d'Esmarch, pour la pratique des amputations, elle restera toujours comme un perfectionnement, dans tous les cas qui comportent des recherches anatomiques minutieuses, car elle met à l'abri de l'écoulement du sang, qui gêne singulièrement le chirurgien.

Que sera le résultat de cette opération chez ce malade? M. Verneuil ne saurait le prévoir. En premier lieu, cet homme est très-nerveux, très-impressionnable : c'est déjà là une mauvaise condition de succès. Ce n'est pas tout. Quoique la névrotomie soit une bonne opération, elle n'en donne pas moins lieu souvent à bien des déboires. On a vu, en pareils cas, des chirurgiens réduits à couper un membre par tranches successives, sans pouvoir arriver à se rendre maîtres de la situation.

Chez le malade dont nous parlons, non-seulement M. Verneuil a enlevé les névrômes, mais il a opéré la section d'un tronçon assez étendu du nerf, pour le mettre à l'abri de la récidive. Le temps seul fera connaître si ses tentatives ont été couronnées de succès.

Il est une condition, consécutive aux amputations, qui prédispose d'une façon spéciale aux névralgies tardives, ressenties dans le membre absent. C'est la *conicité du moignon*. Quand les névromes qui se forment à l'extrémité des nerfs sectionnés se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ils peuvent n'occasionner aucune douleur, car ils sont protégés contre les tiraillements et les pressions extérieures. Lorsque le moignon devient conique, au contraire, épanouis, sans exception, à la périphérie de l'os, les névromes, entourés par une étroite cicatrice, subissent un véritable étranglement.

Ces effets, qui sont surtout la conséquence des amputations du bras et de la cuisse, se produisent presque fatalement dans le jeune âge. A cette époque de la vie, les parties molles ne poussent pas avec la même énergie que les os longs. Chez les enfants, la conicité du moignon est presqu'inévitable.

On voit, par ces rapides considérations, qu'il faut établir au moins deux catégories, dans les névralgies du moignon. La première, et tel est le cas du malade de M. Verneuil, concerne les sujets névropathiques; la seconde a trait à celles auxquelles expose mécaniquement la conicité du moignon.

(*A suivre.*) Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MEDICO-CHIRURGICALE.

—

Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur. — Ablation. — Guérison radicale.

Prignon (François), cocher de Mme la comtesse de Bresson est un homme de 32 ans, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament lymphatique sanguin. Il n'a jamais été malade, il n'accuse aucun accident syphilitique.

Au mois de septembre 1873, sans cause connue, il a été pris d'une gêne du côté des fosses nasales, qu'il a attribuée à un rhume de cerveau : cette gêne a augmenté, et il a remarqué dans l'épaisseur de la joue gauche, au niveau de la fosse canine, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, située profondément en dessous de la peau. Cette tumeur n'était pas douloureuse au toucher ; elle s'est développée rapidement, et est venue faire saillie à l'extérieur.

A partir de ce moment, l'obstruction de la fosse nasale est devenue complète, et le malade a commencé à ressentir des douleurs de plus en plus violentes, qui revenaient par accès. Il a consulté un médecin qui, croyant avoir affaire à un abcès du sinus maxillaire, a ouvert cette cavité au moyen d'une large incision faite entre la joue et les gencives des deux premières molaires. — Cette ouverture a donné issue à une assez grande quantité de liqueur fétide : le malade a été soulagé, mais la tumeur de la joue n'a pas été modifiée. On a pratiqué des injections d'eau alcoolisée dans la cavité du sinus. Ces injections revenaient facilement par le nez et par la bouche ; on les a continuées pendant deux mois. Les douleurs n'ont pas cessé, au contraire ; elles sont devenues extrêmement vives et se sont propagées à la tempe et à la région frontale. Elles présentaient deux types bien distincts ; les unes, passagères et subites, sont comparées par le malade à des coups d'aiguille ou à des secousses électriques : elles avaient leur siége dans la tumeur. Les autres s'irradiaient dans tout le côté gauche, suivant le trajet des nerfs, et revenaient par accès, surtout la nuit. Elles duraient plusieurs heures. On a administré, sans succès, le sulfate de quinine, puis la morphine par la méthode endermique.

Les injections alcoolisées ont été remplacées par des injections émollientes, et peu à peu les douleurs névralgiques sont devenues moins vives. Pendant deux mois, le malade n'a fait aucun traitement.

Le 15 février 1874 nous le trouvons dans les conditions suivantes : le côté gauche de la face est déformé par la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, située au-dessous du bord inférieur de l'orbite ; la peau qui la recouvre est saine et mobile à la surface. Cette tumeur est arrondie, dure, élastique, peu douloureuse au toucher, nullement fluctuante. On n'y perçoit aucune crépitation osseuse : elle semble développée au-devant du maxillaire supérieur plutôt que dans le *sinus*. La fosse nasale gauche est le siége d'une tuméfaction qui l'oblitère complétement. La voûte palatine est déformée ; on y constate une bosselure circonscrite qui correspond à la portion horizontale de l'os palatin et qui offre une certaine élasticité sans fluctuation. Rien d'apparent du côté de l'orbite ; l'œil n'est pas dévié, la vision n'est pas troublée. Le malade souffre beaucoup, et les douleurs, plus aiguës la nuit, le privent de sommeil ; elles se propagent suivant le trajet des nerfs sus-orbitaires, et temporaux. La tumeur est le siége de douleurs lancinantes.

Malgré tous les symptômes qui caractérisent une tumeur solide du maxillaire supérieur, et surtout à cause des antécédents du malade, je pratique une ponction exploratrice avec un trocart à hydrocèle, que je fais pénétrer jusque dans le sinus. Il sort à peu près un demi-verre de sang noir, sans mélange d'autre liquide. Je fais une autre ponction avec un trocart explorateur introduit dans la fosse nasale, en le dirigeant le plus possible du côté du sinus maxillaire ; il s'écoule encore une cer-

taine quantité de sang. En faisant cette ponction, j'ai constaté que l'instrument, après avoir traversé une coque charnue d'une certaine épaisseur, pénétrait dans une cavité libre. Une ponction semblable est faite par la voûte palatine, dans le point où il existe une tuméfaction, et l'instrument arrive dans le sinus, sans trouver de résistance osseuse. J'en conclus que l'os palatin est détruit, que le sinus est vide et que la tumeur est développée sous la paroi antéro-externe de cette cavité, qu'elle a pour point de départ le maxillaire, qui est déjà altéré en grande partie.

Les antécédents de famille ne nous ont fourni aucun renseignements utiles à noter.

J'introduis une sonde en gomme élastique jusque dans le sinus, en me servant de l'ouverture faite par le gros trocart, et j'injecte une certaine quantité d'eau alcoolisée. En faisant cette injection, j'avais pour but de m'assurer que le sinus maxillaire était libre, et aussi de désinfecter le malade qui exhale, par la bouche et les narines, une odeur repoussante : l'injection pénètre facilement et revient par le nez. Au bout de quelques jours, je suis obligé de cesser les injections, à cause des douleurs qu'elles provoquent.

J'injecte, sous la peau de l'avant-bras, six gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au vingtième : le malade est plus calme. Mais la tumeur ne tarde pas à s'enflammer. La joue devient rouge, la paupière inférieure est tuméfiée. Sous l'influence de cataplasmes émollients, la poussée inflammatoire disparaît au bout de quelques jours, mais la tumeur semble avoir augmenté de volume.

Le Dr Péan qui, à cette époque, a examiné le malade, pense comme moi que c'est un cancer et est d'avis qu'il faut pratiquer l'ablation du maxillaire.

Cependant, avant d'avoir recours à ce moyen, je pratique une large incision au niveau du sillon qui sépare la joue des dents molaires, j'ouvre largement le sinus maxillaire, et, avec le doigt introduit dans cette cavité je puis m'assurer qu'elle est vide, que la muqueuse est épaissie, que la tumeur siége bien sur la face antéro-externe du maxillaire et quelle se développe surtout du côté de la joue.

Le malade est soulagé par cette opération : les douleurs sont moins aiguës. On ne peut attribuer cette amélioration momentanée qu'à l'écoulement du sang et au dégorgement des vaisseaux qui entourent la tumeur; car, malgré tout, celle-ci continue à se développer, et huit jours après elle remplit tout le sillon buccal. Le malade mange difficilement et les douleurs nocturnes, de même que les douleurs lancinantes, sont devenues si violentes, qu'il demande à être opéré le plus promptement possible.

Il y a, du reste, urgence à prendre une décision, car la peau de la joue, très-altérée par les poussées inflammatoires répétées, commence à contracter des adhérences avec la tumeur, et menace de s'ulcérer. Il s'est formé un abcès à la voûte palatine, ainsi qu'une tumeur lacrymale qui s'est ouverte spontanément, et laisse une fistule qui suppure considérablement. L'œil est presque entièrement recouvert par les paupières œdématiées et la conjonctive est très-enflammée.

Au milieu de tous ces désordres, les dents sont saines, très-solides, non douloureuses. Il semble que le bord alvéolaire de la mâchoire ait seul échappé à l'envahissement de la maladie, car il n'est pas douteux que l'os soit altéré dans le reste de son étendue.

L'opération a été pratiquée le 12 mai, avec l'aide de M. le Dr Berrut. J'avais choisi le procédé de Velpeau. L'opération n'a présenté aucune particularité à noter, si ce n'est que, pendant tout le temps de la dissection, l'hémorrhagie a été considérable, mais facile à arrêter.

La section des os a été pratiquée avec les cisailles de Liston modifiées. Ce dernier temps de l'opération a été rapide,

et le maxillaire s'est détaché sans effort.

La plaie a été réunie au moyen de huit points de suture entortillée, et l'anfractuosité de la face remplie avec un bourdonnet de charpie, que nous avons retiré le lendemain, pour faire des injections alcoolisées, qui ont été continuées les jours suivants.

Examen de la tumeur. — Nous examinons le maxillaire qui vient d'être réséqué, et nous constatons, tout d'abord, que les sections ont porté sur des parties saines de l'os. La tumeur a donc été enlevée en totalité. — L'os est altéré dans une grande partie de son étendue : toutes les parois du sinus maxillaire sont détruites et ramollies, surtout les parois interne et antérieure. La cavité est remplie d'une matière sébacée, ayant la consistance et l'aspect du mastic et une odeur infecte. Le sinus parait agrandi : la muqueuse qui le tapisse a son aspect normal ; mais elle est épaissie et plissée. Du reste, pas de traces d'ulcération. Elle est adhérente aux portions de l'os restées saines et à la face postérieure de la tumeur, dont elle n'est pas séparée par la lamelle osseuse, qui a entièrement disparu de ce côté. Le bord alvéolaire est sain et les dents très-solides. Les gencives sont intactes ; la muqueuse de la voûte palatine présente une petite ulcération en voie de cicatrisation, au fond de laquelle la branche horizontale du maxillaire est à nu. L'os palatin est détruit. Du côté de l'orbite, la paroi supérieure du sinus est fracturée en plusieurs points. Le canal sous-orbitaire est rempli par le nerf, qui est entouré de tissu grisâtre semblable à celui de la tumeur. Le tronc du nerf est intact et les branches terminales se perdent avec celles de l'artère sous-orbitaire au milieu du tissu morbide.

La tumeur occupe toute la face antéro-externe de l'os : elle s'étend, de haut en bas, depuis le bord inférieur de l'orbite jusqu'à la base des gencives, et de la fosse canine à la tubérosité maxillaire de dedans en dehors. Son aspect extérieur est grisâtre à sa partie supérieure, d'un rouge brun à la partie inférieure. Sa forme est celle d'une moitié de sphère, et présente trois bosselures, séparées par du tissu fibreux.

La coupe donne la sensation d'un tissu lardacé, comme l'encéphaloïde cru ; son aspect est marbré, grisâtre, entremêlé de substance brune, formant des espèces de lobes qui correspondent aux bosselures extérieures.

L'examen microscopique, fait par M. le professeur Laveran, a démontré que cette tumeur était constituée par des cellules inégales, arrondies, mesurant cinq à dix millièmes de millimètre, renfermant un noyau ou bien un contenu granuleux. — Ces cellules sont accolées les unes aux autres : il n'y a pas de stroma fibreux, très-peu d'éléments fusiformes, pas de grandes cellules à myéloplaxes. Cette tumeur pourrait être classée dans la variété dite *Sarcôme myéloïde*.

Suites de l'opération. — Le 15 mai, le malade est pris de frissons, de nausées, de douleurs de tête violentes : la plaie est douloureuse, la peau de la joue présente, au niveau de la suture, une plaque érysipélateuse. On donne un lavement purgatif et on recouvre la rougeur avec une pommade au sulfate de fer (formule de Velpeau).

Le 16. L'érysipèle a gagné la moitié de la face du côté opéré : les paupières de l'œil gauche sont tuméfiées et la rougeur gagne le nez et le front. La plaie est peu atteinte, la réunion paraît solide ; il s'est fait un peu de suppuration autour des épingles ; j'enlève les deux points de suture les plus élevés. Pendant huit jours, l'érysipèle a parcouru la tête, en disparaissant sur les points primitivement atteints. Il est survenu un abcès à la paupière inférieure gauche, mais la marche de la cicatrisation n'a pas été troublée.

Le 25. Le malade sort de la chambre, il peut prendre des bouillons et des potages, il ne souffre plus.

Du côté de la bouche, la vaste anfractuosité laissée par l'ablation du maxil-

laire se remplit et présente un assez bon aspect. Cependant le bourgeonnement trop rapide nous inquiète, et nous faisons des applications de perchlorure de fer, pour réprimer les bourgeons charnus. Mais il n'y a bientôt plus de doute; la tumeur récidive et avec une rapidité telle que, le 10 juin, elle remplit tout le côté correspondant de la bouche, distend la joue et menace de faire rompre la cicatrice. Il n'y a plus à hésiter : j'enlève toute cette masse fongueuse et je cautérise énergiquement avec une solution concentrée de chlorure de zinc.

En quelques jours, la tumeur s'est reproduite aussi volumineuse. Je la circonscris avec des flèches de pâte de canquoin, en même temps que j'en introduis quelques-unes dans le centre de la tumeur. Chacune de ces opérations donne lieu à une hémorrhagie très-abondante, que j'arrête avec du perchlorure de fer.

Pendant toutes les manœuvres, le malade n'accuse aucune douleur.

Le tissu morbide se sèche, se momifie, pour ainsi dire, sous l'influence de ces cautérisations, et l'odeur repoussante disparaît.

Deux jours après cette opération, j'enlève tous les tissus mortifiés, jusqu'à ce que j'arrive sur les parties non atteintes par le caustique, et je renouvelle les applications de pâte au chlorure de zinc. Mais, cette fois, je remarque une ligne de démarcation assez bien tranchée entre les tissus sains et la production morbide, et c'est dans cette ligne que j'introduis les flèches. Cette dernière application est très-douloureuse et suivie d'une poussée inflammatoire qui s'étend à toute la moitié correspondante de la face, et fait craindre un instant le développement d'un phlegmon ou d'un érysipèle. Cependant les accidents aigus se calment promptement, et je peux constater, du côté de la bouche, un commencement de suppuration franche, entre l'eschare et les parties saines. Je cesse tout traitement; les portions mortifiées se séparent, et, à partir de ce moment, la cicatrisation suit une marche régulière.

Le 25 août, la cicatrice est complète, le malade est guéri.

Au mois de décembre, c'est-à-dire six mois après l'opération, il n'y avait plus de doute sur le résultat heureux de l'opération. Le voile du palais avait contracté des adhérences avec la cicatrice : il ne restait plus qu'une ouverture de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, qui faisait communiquer la bouche avec les fosses nasales. La prononciation était difficile, ainsi que la mastication; mais ces deux inconvénients ont disparu depuis que le malade porte un appareil prothésique qui comble le vide laissé par l'opération.

Aujourd'hui, il y a deux ans que la résection a été pratiquée, et 20 mois que le malade porte un appareil. La guérison ne s'est pas démentie; la voix a repris son timbre normal, et la face ne présente pas d'autre déformation que la cicatrice de l'incision.

Il n'y a pas de renversement de la paupière inférieure, comme cela s'observe dans certains cas où le procédé de Velpeau a été employé. La rétraction de la cicatrice a fait disparaître les signes de la paralysie de la face.

(*A suivre.*) Dr HARDY.

Pelvi-péritonite aiguë. — Excellents effets de la glace, topiquement employée.

Le 20 octobre dernier, j'ai été appelé auprès de Mme X., dans les circonstances suivantes :

Prise des douleurs aiguës, dans la nuit du 17 au 18, elle a reçu les soins d'un confrère du voisinage, qui l'a traitée par des potions calmantes, des onctions mercurielles belladonées et de la glace, administrée à l'intérieur. La maladie, loin de s'amender, s'empirant sensiblement, médecin ordinaire de la famille, j'ai été moi-même mandé pour continuer le traitement.

Voici dans quel état j'ai trouvé Mme X.,

et quelle a été la cause de l'affection dont elle a été atteinte.

Cette dame, douée d'une excellente constitution, est âgée de trente-six ans. Le 17 octobre, ayant ses règles, elle s'est lavée avec de l'eau froide, à sept heures du matin. A deux heures de l'après-midi, elle a été prise de douleurs abdominales, qui sont devenues de plus en plus intenses. Au milieu de la nuit on a dû aller au plus près réclamer l'assistance d'un homme d'art, qui a eu recours au traitement ci-dessus, lequel, d'ailleurs, est consacré par l'usage.

L'affection de Mme X. ne pouvait laisser dans l'esprit aucun doute. Elle était en proie à des vomituritions suivies, de temps à autre, par d'abondants vomissements bilieux. Le ventre, très-météorisé, était douloureux à la pression. Le toucher digital m'a convaincu qu'il existait une phlegmasie protopathique de l'utérus et de ses annexes. Il s'agissait donc d'une pelvi-péritonite, par suppression brusque du flux menstruel.

Reconnaissant l'insuffisance du traitement rationnel employé avant mon intervention, je prescrivis une application de douze sangsues sur la fosse iliaque gauche, qui me parut le siége de la douleur la plus vive.

Cette émission sanguine ne donna lieu qu'à bien peu de soulagement. Ce fut en vain que j'eus recours au chloral et aux injections hypodermiques de morphine, à titre de palliatifs. L'affection phlegmasique ne paraissant avoir aucune tendance à s'atténuer, je résolus, encore une fois, de changer de batteries.

Ce fut ainsi que, le 21 octobre au soir, je me décidai à recourir au moyen suivant. On va pouvoir s'en convaincre, c'était là une heureuse inspiration.

J'envoyai chercher de la glace et une vessie de cochon. Je fis préparer une large couronne, avec du papier un peu fort, et l'entourai avec une serviette. Ce fut au milieu de cette couronne, qui réunissait toutes les conditions désirables de légèreté et de souplesse, que je déposai directement, sur la peau du ventre, l'appareil réfrigérant, qui fut très-bien supporté.

La glace a été laissée en permanence pendant cinq jours. Sous son influence, les douleurs se sont calmées presque aussitôt; le météorisme a disparu. Pendant quelques jours, la malade a émis par l'anus une grande quantité de gaz. La phlegmasie une fois bien réprimée, sous l'influence de cet unique traitement, la malade n'a pas tardé à entrer en convalescence.

L'emploi de la glace dans la péritonite, non plus que dans la pelvi-péritonite, ne constitue pas une nouveauté. Il en est fait mention, notamment, dans le *Hufeland's Journal*, 1826, cité par Valleix. Toujours est-il que ce puissant agent curatif, qui, dans *le cas* ci-dessus, s'est montré si *efficace*, après l'insuffisance des autres moyens employés, n'est pas devenu classique. A peine est-il signalé par quelques auteurs, relégué aux *moyens divers*, la plupart énumérés, en quelque sorte, comme pour un simple acquit de conscience. Mon seul but, en relatant le fait qui précède, a été d'être utile, en rappelant un mode thérapeutique très-efficace et tombé dans un injuste délaissement.

Dr V. CARPENTIER.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA GALVANOCAUSTIQUE THERMIQUE

—

TUMEURS DE LA BOUCHE (1)

7° Papille hypertrophiée de la langue; ablation faite avec le sécateur galvanique; guérison.

OBS. — Le 24 octobre 1868, le Dr Morpain me pria d'examiner M. D..., âgé de vingt-sept ans, employé de la Banque de France, qui portait à la pointe de la langue et à droite une petite tumeur assez gênante. En l'examinant je

(1) Suite. Voir le numéro du 15 novembre.

trouvai une papille hypertrophiée ayant la forme et le volume d'un pois coupé par le milieu.

Le 25, assisté par mon confrère, je saisis la tumeur à sa base dans l'anse du petit sécateur galvanique de Pischel et la serrai légèrement. L'instrument mis en rapport avec une pile chirurgicale, j'en fis l'ablation sans écoulement sanguin. Quelques jours après, l'eschare se détacha, et le 7 novembre la cicatrisation était complète.

8° Papille hypertrophiée de la langue; ablation avec le sécateur galvanique; guérison.

Obs. — Le 4 mai 1875, M. le Dr Gratiot, me présenta un homme, âgé de quarante-six ans, portant au milieu de la langue, au tiers gauche, une papille hypertrophiée, de couleur rouge violacée, saignant quelquefois et de temps en temps douloureuse à la pression. M. G... s'était aperçu de l'existence de cette tumeur un an auparavant, et il désirait vivement en être débarrassé avant de retourner en province.

Assisté par mon confrère, je saisis la petite tumeur à sa base dans l'anse de mon petit sécateur galvanique et j'en fis l'ablation, sans écoulement sanguin.

Le 30, mon opéré, parti de Paris depuis l'opération, m'écrivait qu'il était complétement guéri, et qu'il existait une petite dépression circulaire au point d'implantation de la tumeur.

Malgré l'irritation causée par la mastication, on observe souvent la guérison spontanée des papilles enflammées, aussi convient-il, lorsque le gonflement et l'irritation qui l'accompagnent persistent un certain temps, d'essayer le régime lacté et l'usage des collutoires émollients. Mais, si l'affection est ancienne, il est rare que les émollients puissent suffire, et alors il est convenable d'en faire l'ablation avec le sécateur galvanique, puis de faire suivre pendant quelques jours cette opération de l'usage des émollients.

9° Papillôme développé sur le bord de la langue; ablation avec le sécateur galvanique; guérison.

Obs. — A la fin de l'année 1876, Mme G..., que j'avais opérée dix ans auparavant d'un lipôme de la paroi abdominale, au moyen de la galvanocaustique thermique, vint me montrer un papillôme pédiculé, du volume d'un petit pois, implanté sur le bord droit de la langue, vers son milieu. Cette petite tumeur avait déjà été liée sans succès par le médecin de la malade. J'en fis la section avec des ciseaux et je cautérisai le point d'implantation avec le nitrate d'argent, mais la tumeur reparut; je refis une seconde fois cette opération et la malade repartit pour la campagne.

Au mois de janvier, elle revint me voir et je trouvai une nouvelle tumeur plus volumineuse que les précédentes. Le 13, je saisis la tumeur à sa base dans l'anse métallique de mon petit sécateur galvanique et j'en fis l'ablation sans écoulement sanguin. Je lui conseillai alors de faire enlever une dent isolée qui se trouvait en face quoiqu'elle fut saine. La malade, âgée de soixante ans y consentit.

Le 16, eschare blanche en voie d'élimination.

Le 18 l'eschare étant tombée, elle retourna en province.

Le mois suivant elle revint me voir, et je trouvai une cicatrice parfaitement saine.

Je l'ai revue depuis et j'ai constaté qu'il n'y avait pas de récidive.

La galvano-caustique offre sur les autres moyens de diérèse un avantage, c'est la cautérisation au point d'implantation en même temps que la section.

Cette double opération donne des chances sérieuses d'éviter la récidive et l'extension de l'affection.

10° Prolongement de la luette; résection avec le sécateur galvanique; guérison.

Obs. — Au commencement du mois

d'avril 1875, M. le Dr Baudin m'adressa un artiste âgé de vingt-neuf ans, ayant depuis trois ans un prolongement de la luette, qui lui occasionnait des accès de toux très-fréquents. L'année précédente, M. S... était allé aux eaux de Cauterets pour guérir des granulations du pharynx, et il était revenu sans amélioration dans l'état de la luette. Il fut convenu qu'elle serait reséquée au tiers inférieur.

Le 13, M. S... étant assis sur une chaise, je saisis la luette, à peu près au tiers inférieur, dans l'anse métallique d'un sécateur à canule double, de près de 16 centimètres de long, et recouverte d'un cylindre d'ivoire de 17 centimètres, dépassant par conséquent la canule double de plus d'un centimètre, de sorte que la luette était comprimée par le fil contre le cylindre d'ivoire. Tout étant ainsi disposé, je fis passer le courant galvanique et la section eut lieu très-rapidement et sans écoulement sanguin.

Le 16, on voyait encore une petite pellicule blanche à l'extrémité de la luette.

Le 20, la petite plaie était rose et marchait bien vers la cicatrisation.

A la fin du mois le malade était guéri.

11° Amputation de la luette avec le serre-nœud galvanique.

Obs. — Au mois de juin 1853, Middeldorpf fut consulté par un pharmacien ayant un allongement de la luette qui déterminait des accès de toux fréquents. Il le fit asseoir sur une chaise, saisit la luette à une hauteur convenable dans l'anse du serre-nœud galvanique, qu'il mit en rapport avec sa pile et en fit l'excision, sauf une petite bandelette qui fut coupée avec des ciseaux. L'hémorrhagie fut presque nulle et peu de temps après le malade était complètement guéri.

12° Tumeur épithéliale de la luette; ablation avec le bistouri galvanique; guérison.

Obs. — En 1873, M. le Dr Perssé White opéra, à l'hôpital de Dublin, un homme âgé de soixante-six ans, portant une tumeur épithéliale de la luette du volume de la moitié d'une noix. Il l'enleva avec le bistouri galvanique chauffé au moyen d'une pile Grenet. Un mois après l'opération, la cicatrisation était complète et l'opéré quittait l'hôpital complètement guéri (1).

Les prolongements de la luette sont assez fréquents et le plus ordinairement liés à une inflammation aiguë de l'arrière-gorge, aussi disparaissent-ils généralement avec elle. Un certain nombre de malades sont moins heureux et voient l'état aigu passer à l'état chronique, d'où il résulte que la pointe de la luette touche et irrite continuellement la base de la langue, l'épiglotte et l'ouverture supérieure du larynx. Il en résulte un chatouillement presque continuel fort incommode, de la toux, des envies de vomir et souvent de la gêne dans la déglutition. Il devient alors indispensable de rendre à la luette sa longueur normale. On pratique le plus ordinairement cette opération avec les ciseaux, mais l'appareil que j'ai employé est plus sûr, parce qu'il n'expose pas aux hémorrhagies. J'ai fait garnir également plusieurs de mes canules doubles de petites plaques d'ivoire parallèles, les dépassant de dix à douze millimètres. Les tissus se trouvant comprimés entre le fil et les lames d'ivoire, la section se fait plus sûrement et plus rapidement.

13° Ablation des amygdales avec le serre-nœud galvanique.

Obs. — Au mois d'avril 1854, Middeldorpf reçut dans son service une fille de quatorze ans, souffrant depuis une année d'une hypertrophie des amygdales. La droite pédiculée avait le volume d'une noix. Le 6 mai, il en fit la section à sa base avec le serre-nœud galvanique : pas d'écoulement sanguin mais douleur assez forte. La guérison était complète le 17e jour. Le 30 mai,

(1) *The British medical journal* 1872. T. II, p. 19.

il fit, par le même procédé, l'ablation d'une portion de l'amygdale gauche qui avait une large base. Il n'y eut ni écoulement sanguin, ni aucun autre accident et la malade quitta l'hôpital le 10e jour.

Je n'ai jamais enlevé d'amygdales avec le sécateur galvanique, l'instrument ordinaire m'ayant toujours bien réussi. Si je me décidais à faire cette opération j'emploierais un instrument analogue à celui dont je me suis servi pour la résection de la luette, mais qui porte en plus une broche permettant de fixer la tumeur, et de ne pas la laisser échapper lorsqu'elle est sectionnée.

14° Epithéliome du voile du palais; ablation au moyen de la galvanocaustique thermique, guérison.

Obs. — En 1869, M. le Dr Maunder reçut dans son service, à l'hôpital de Londres, un homme âgé de soixante-six ans environ, pour une tumeur épithéliale occupant le bord de la moitié gauche du voile du palais, la luette et un peu les piliers. Il en enleva la plus grande partie avec le fil de platine rougi au moyen de l'appareil de Krohne et Sesemann, et la portion tenant aux piliers fut cautérisée avec le cautère en porcelaine chauffé au rouge. Il n'y eut pas d'écoulement sanguin et le malade ne souffrit pas après l'opération (1).

Pour donner une nomenclature complète des tumeurs de la bouche, il suffirait d'ajouter le cancer de la langue. J'ai eu occasion d'en voir plusieurs, mais ils avaient envahi une si grande portion de l'organe, que je n'ai pas jugé prudent de les enlever, d'autant plus que le cancer de la langue est un de ceux qui donnent lieu aux récidives les plus fréquentes. Ce qui s'explique du reste facilement par la difficulté qu'éprouve l'opérateur à bien déterminer les limites de l'affection.

Dr Amussat.

(1) *The Lancet*, 1869, t. I, p. 493.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Ablation de l'utérus et des deux ovaires, dans un cas de fibrome utérin très-douloureux et d'un énorme volume, par M. le Dr Péan.

On sait avec quelle incrédulité fut accueilli naguère, M. Péan, lorsqu'il annonça qu'il avait opéré plusieurs fois avec succès l'ablation de l'utérus et des ovaires. Pour porter la conviction dans les esprits, ce chirurgien prit le parti de présenter à l'Académie de médecine des pièces de conviction, devant lesquelles les esprits les plus prévenus durent se rendre à l'évidence. Aujourd'hui, cette opération qui, il y a quelques années, était rangée au nombre des entreprises les plus téméraires de la chirurgie, est devenue réglée et classique, au même titre que l'extirpation des tumeurs et des kystes ovariques.

C'est à une de ces opérations de chirurgie transcendante que je viens d'avoir la bonne fortune d'assister, le 6 novembre dernier, au convent des Augustines, de la rue de la Santé.

J'ai pensé qu'il serait agréable aux lecteurs de la *Revue* de connaître le mode opératoire inauguré par l'éminent praticien qui, par la plus heureuse des hardiesses, a pu élargir, jusqu'à ses dernières limites, le champ de la chirurgie gynécique.

Voici, temps par temps, la relation de ce nouvel exploit chirurgical de M. Péan.

Avant d'aborder l'exposé du manuel opératoire, quelques mots de deux conditions accessoires très-importantes. Je veux parler du *lit de misère*, et du *mode de chloroformisation* employé, dans ces opérations de longue haleine.

Le lit de misère. — Le lit de misère est composé de diverses pièces. Une sorte de support en bois, muni de quatre pieds, sert de base au reste de l'appareil. Sur ce support s'applique un second cadre amovible, muni d'un mate-

las avec oreiller. C'est sur ce matelas que la patiente est déposée au moment de l'opération. Celle-ci terminée, la malade est portée sur un lit préparé, avec son cadre-lit, qui, alors seulement, est retiré de sous elle. Le transport, ainsi effectué, avec toutes les précautions désirables, ne détermine aucune secousse fâcheuse à l'opérée.

Le tronc seul de la malade repose sur le lit de misère. Les cuisses et les jambes, écartées comme pour une application de forceps, et préalablement recouvertes de serviettes, trouvent place dans deux gouttières métalliques amovibles, qui leur assurent une immobilité complète. Pour prévenir tout mouvement, les poignets sont fixés par des liens à un anneau métallique fixé, de chaque côté, dans le bois du lit de misère. Grâce à ces précautions, la malade se trouve livrée à la merci du chirurgien, qui n'a plus à redouter les conséquences d'une agitation gênante et propre à compromettre le succès d'une opération aussi délicate.

C'est une très-heureuse idée que l'écartement des membres inférieurs. Dans une opération aussi longue que minutieuse, la première condition, c'est que le chirurgien évite toute fatigue inutile et se trouve parfaitement à l'aise. Rien de plus facile que de réaliser cet objet important, grâce à une telle attitude. Le lit de misère est construit de telle sorte que l'abdomen de l'opérée se trouve à la hauteur de la poitrine du chirurgien, commodément assis sur une chaise, en regard de la vulve.

En de telles conditions, l'opérateur peut braver longtemps la fatigue et conserver, par là même, toute la sûreté de main désirable pour mener à bien les manœuvres aussi longues que délicates, que comporte la plus minutieuse des opérations.

CHLOROFORMISATION. — La chloroformisation est exclusivement confiée à l'un des aides habituels de M. Péan, M. le Dr Bastin, qui a acquis l'expérience la plus consommée dans le maniement de l'agent anesthésique. Voici de quelle façon il est procédé à son emploi :

On fait usage d'une simple compresse de linge, sur la surface externe de laquelle est faufilée une toile cirée, destinée à éviter, autant que possible, l'évaporation du chloroforme.

Pour procéder à l'anesthésie, M. Bastin commence par ne verser que quelques gouttes de chloroforme sur la compresse. Cette parcimonie n'a qu'un but : celui de familiariser la patiente avec les vapeurs anesthésiques. Au bout d'une ou deux minutes, tout au plus, il s'établit une sorte de tolérance pour ces vapeurs. La malade, confiante, n'oppose plus aucune résistance. Alors, le chloroforme est largement versé sur la compresse. Le sommeil chloroformique est bientôt obtenu. Il n'y a plus, pendant tout le temps de l'opération, qu'à entretenir ce sommeil, en répandant quelques gouttes de l'agent hypnotique sur la compresse, au premier signal du retour de la sensibilité.

Le chloroformisateur ne s'occupe nullement du pouls. Il ne tient compte que des mouvements respiratoires, qu'il peut surveiller tout à son aise, la chemise de la malade étant relevée jusqu'au-dessus de la région épigastrique.

Un des meilleurs signes, qui témoigne de l'insensibilité de la malade, consiste dans l'état de la pupille. Plus elle est contractée, plus aussi l'insensibilité est complète.

Si la respiration devient stertoreuse, la langue est attirée hors de la bouche à l'aide d'une pince, afin que la base de cet organe ne vienne plus faire obstacle à l'entrée de l'air dans les premières voies respiratoires.

Ainsi dirigée, la chloroformisation peut être continuée sans danger pendant plusieurs heures.

Je dois maintenant dire quelques mots de la malade, avant d'aborder la description de l'opération.

CONDITIONS DE LA MALADE. — Il

s'agit d'une demoiselle âgée de 45 ans, habitant la province, et conduite par son médecin à M. Péan, qui l'a placée au couvent des dames Augustines, où il a l'habitude de pratiquer ces sortes d'opérations.

Cette malade est, depuis longtemps, éprouvée par des pertes de sang abondantes, qui l'ont rendue fort anémique. Malgré cet état, elle est pourvue d'un tissu cellulaire graisseux très-abondant. Le ventre est proéminant comme celui d'une femme au terme de la grossesse. Elle ressent enfin de vives douleurs abdominales, occasionnées par le développement de péritonites partielles.

C'est pour remédier à un état de souffrances devenues intolérables, que la malade est venue réclamer les soins de M. Péan, qui a diagnostiqué un fibro-myome utérin interstitiel.

Après ces divers renseignements nécessaires, j'arrive enfin à l'opération.

(*A suivre.*) Dr A. Didier.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Utilité des grands bains chauds dans les hémorrhagies secondaires des femmes en couche (méthode de M. Tarnier).

Sous ce titre, M. le Dr Bailly publie, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un intéressant travail, appuyé de deux observations très-probantes. Nous nous bornerons à reproduire textuellement les conclusions de l'auteur :

1° Les bains chauds, administrés à une femme prise de métrorrhagie pendant le mois qui suit l'accouchement, sont un bon moyen de faire cesser ou tout au moins de modérer l'écoulement sanguin.

2° Ce traitement paraît être plus efficace dans la seconde phase de l'hémorrhagie qu'à son début.

3° On n'aura recours aux bains que dix jours au plus tôt après l'accouchement; la température de l'eau sera d'environ 34 degrés centigrades, et la durée de l'immersion variera de vingt minutes à une demi-heure. On peut revenir chaque jour à l'usage des bains tant que durera la perte.

4° Les bains chauds suspendent l'hémorrhagie en opérant un déplacement du sang, qui s'effectue des parties profondes vers la superficie du corps et par là soulage la matrice congestionnée.

5° Le relâchement du réseau capillaire cutané, dû à l'intervention des nerfs vaso-moteurs, impressionnés directement ou par l'intermédiaire du système nerveux central, constitue le mécanisme au moyen duquel s'opère le déplacement de la masse sanguine, et, consécutivement, l'arrêt de l'hémorrhagie.

— Ainsi que le fait observer M. Bailly, cette méthode, de prime abord, semble si peu rationnelle, qu'elle est accueillie par les malades avec une grande défiance. Pour qu'elles consentent à s'y soumettre, il faut qu'elles se sentent pénétrées, pour leur médecin, de la confiance la plus absolue. C'est assez dire que, en raison d'éventualités que rien ne saurait faire prévoir, il est bon d'être très-réservé dans l'emploi de moyens qui ne sont acceptés qu'avec une certaine répugnance.

Il est un mode thérapeutique non moins puissant, et auquel se soumettent volontiers les malades, mode que nous employons nous-même avec succès depuis bien des années. Il consiste dans l'administration des douches utéro-vaginales à grande eau. Deux, trois, quatre fois par jour, selon les cas, nous faisons passer dans les organes de quinze à vingt litres d'eau soit froide,

soit tiède. Grâce à ce moyen si simple, l'hémorrhagie est vite réprimée, et la regression de l'utérus ne tarde pas à s'effectuer. (N. d. R.)

Des bons effets de l'administration de l'extrait aqueux d'ergot en injection hypodermique dans la métrorrhagie.— Les expériences nouvelles que nous allons analyser, dues à M. C. Paul, viennent à l'appui des observations rapportées par MM. Bucquoy, Beaumetz, Moutard-Martin, si favorables à cette méthode thérapeutique, et montrer quelle arme puissante peut être entre les mains du praticien l'administration de l'extrait d'ergot en injection sous-cutanée.

Avant de donner l'analyse du travail de M. Paul, je crois utile de rappeler qu'une erreur grave tend à se perpétuer dans la science à propos des extraits d'ergot. On a le tort de les appeler avec Bonjean *ergotine*, comme s'ils représentaient le principe actif, l'alcaloïde de l'ergot. Ainsi que l'a fait remarquer le professeur Gubler, l'ergotine dite de Bonjean est si peu un principe actif qu'elle est deux fois moins puissante que l'ergot lui-même.

Donc, il faut absolument laisser de côté cette désignation vicieuse et n'introduire dans les formules que le nom exact de la préparation d'ergot que l'on prescrit, celui d'extrait aqueux de Bonjean ou d'extrait Yvon, etc., préparations aujourd'hui le plus usitées.

M. C. Paul s'est servi de l'extrait des hôpitaux de Paris, hydro-alcoolique, et il a employé la solution suivante :

Eau.	15 gr.
Glycérine.	15 »
Extrait d'ergot, hydro-alcoolique . .	2 »

Elle est peu visqueuse et se conserve bien ; 1 gramme représente 0,066 milligrammes d'extrait.

Quatorze fois, l'injection de ce liquide a donné lieu aux résultats les plus satisfaisants. Voici l'analyse des cas :

Chez 3 malades atteintes de métrorrhagies graves symptomatiques de cancroïde de l'utérus, l'injection d'un gramme de solution fit merveille. En moins de 10 minutes, souvent la perte s'arrêtait net. A la vérité, elle se reproduisit plusieurs fois à des intervalles plus ou moins éloignés, mais toujours l'injection renouvelée réussit à l'arrêter en un temps très-court, et cela 6 fois chez une femme, 4 chez une autre.

Dans deux autres cas, il s'agissait de métrorrhagie mal définies quant à leur origine, peut-être consécutives à un avortement, mais durant depuis longtemps et abondantes. La solution injectée sous la peau les fit disparaître en quelques minutes.

Enfin, chez une femme qui eut après la délivrance une hémorrhagie formidable une seule injection suffit à faire cesser la perte.

En définitive, l'injection sous-cutanée d'extrait d'ergot calme non-seulement toujours les métrorrhagies, mais encore les arrête souvent en quelques minutes. En cela, elle l'emporte sur l'ergot en nature dont l'action est beaucoup plus lente et peut-être moins sûre.

M. Paul fait justement remarquer combien l'extrait d'ergot injecté sous la peau est supérieur en énergie à la poudre d'ergot ingérée par l'estomac. En effet, il a suffi souvent de 0,066 milligrammes de cet extrait (soit 1 gramme de solution) pour donner le même résultat que l'on n'obtenait qu'avec 1 gramme de poudre d'ergot. Il suppose que cette dernière, altérée par les sucs digestifs, perd une partie de ses propriétés quand on l'administre par l'estomac.

Et maintenant, si nous ajoutons en terminant que l'injection d'extrait est d'une innocuité parfaite pour le tissu cellulaire, nous serons autorisé, je crois, à la considérer comme une ressource excellente pour la pratique mé-

dicale ; aussi bien nous engageons nos confrères à imiter l'exemple si heureusement donné par plusieurs membres de la Société de thérapeutique.

(*Journ. de Thérap.*)

Rupture de l'urèthre pendant le coït chez un malade atteint de blennorrhagie cordée. — Il est rare, dans la blennorrhagie, de voir les malades se rompre le canal en redressant l'arc par le coup de poing traditionnel. Ce qui est moins commun encore, c'est la rupture de l'urèthre dans le coït. M. le Dr Dron en aurait observé un cas dans les conditions suivantes : c'était un jeune homme de vingt ans, atteint depuis deux ans de blennorrhagie, qu'il traitait à sa façon par des injections diverses, mais sans observer la première condition de la guérison, la continence. L'inflammation chronique de la muqueuse uréthrale, en se propageant aux tissus sous-jacents, les avait rendus moins extensibles et aussi moins résistants. La verge, courbée dans l'érection, formait un arc, dont le canal faisait la corde. Un jour que, dans un pareil état, il pratiquait le coït, il ressentit dans l'urèthre une violente douleur, suivie d'un écoulement de sang par le méat. Quelques heures après, il remarqua qu'il ne s'échappait que peu d'urine par l'orifice de la verge, et qu'en même temps son scrotum augmentait de volume. Pareille chose étant arrivée encore plus tard, le malade se décida à demander du secours. Quand M. Dron le vit, le scrotum avait acquis le développement de la tête d'un enfant de trois mois. La peau y était tendue, violacée. La tuméfaction remontait vers les aines et gagnait la paroi abdominale. Le malade était dans un état de prostration considérable ; son pouls était petit, il avait des frissons et exhalait une odeur urineuse. M. Dron fit immédiatement sur le scrotum une large incision cruciale : une quantité considérable d'urine sanguinolente s'écoula. Une sonde fut introduite dans la vessie et laissée à demeure. L'infiltration de l'urine s'arrêta et les parties envahies par ce liquide se dégorgèrent peu à peu. Mais une grande partie du scrotum tomba en gangrène, et les testicules se montrèrent à nu au fond de la plaie. Un abcès se forma au-dessus de l'aine gauche, à la suite de l'infiltration de l'urine. Celle-ci, quand il n'y avait pas de sonde à demeure, s'échappait par une fistule située à 8 centimètres en arrière du méat.

Mais tous ces désordres se réparèrent. Les parties mortifiées éliminées, la peau ramenée de chaque côté et affrontée sur la ligne médiane par quelques points de suture, recouvrit les parties profondes. Le malade, qui avait gardé longtemps la sonde à demeure, se sonda ensuite toutes les fois qu'il éprouvait le besoin d'uriner. Dans ces conditions, la fistule se rétrécit progressivement et s'oblitéra avec l'aide de quelques cautérisations. Mais la cicatrice de cette fistule amena un rétrécissement, qui nécessita l'uréthrotomie interne. (*Lyon méd.*)

Du traitement des kystes synoviaux de la paume de la main. — A l'une de ses cliniques de l'hôpital Saint-Louis, M. le Dr Péan appelait l'attention de ses auditeurs sur les kystes de la paume de la main, affection non commune, rebelle aux moyens médicaux et exposant à de graves accidents si l'on intervient chirurgicalement. Et cependant il est des cas où il faut chercher à guérir les malades surtout si l'existence en dépend et si cette infirmité est un obstacle au travail. M. Péan rappela les principaux traitements employés dans cette circonstance.

On a proposé de ponctionner ces kystes et d'y pratiquer des injections iodées, mais la suppuration du kyste est presque inévitable avec ce procédé. Quelques chirurgiens pratiquent une incision plus ou moins large de ces kystes pour les vider de leur contenu

quelquefois énorme, eu égard au volume du kyste. Or, l'inflammation d'une synoviale qui entoure des tendons importants, et la suppuration qui en est la suite, amènent des rétractions cicatricielles, M. Péan a vu un certain nombre de malades opérés de la sorte qui présentaient ces déformations cicatricielles, d'où, pour eux, l'impossibilité de se servir de leur main.

Chez la malade, M. Péan pratiqua une incision sous-cutanée du kyste, en détruisant le parallélisme de la peau, puis, le contenu vidé, il appliqua une couche de collodion et, à l'aide de rondelles d'amadou et d'un bandage approprié, il établit une compression méthodique. Si l'on n'obtient pas une guérison complète, il se réserve de pratiquer une grande incision à ciel ouvert et de vider complètement le contenu du kyste, mais il évitera les dangers de cette opération en faisant un pansement ouaté. C'est un des cas où ce mode de pansement a une incontestable utilité. Déjà plusieurs chirurgiens ont obtenu des succès avec cette méthode, qui assure la cure radicale de l'affection. (*Paris Méd.*)

Du traitement du tétanos par le repos absolu des malades, par le professeur Errico de Renzi, de Gênes. (*La nuova Liguria médica*). M. de Renzi a eu à traiter deux cas de tétanos en 1874, et deux autres cas en 1875. Des deux premiers, d'origine rhumatismale, l'un fut traité par l'hydrate de chloral et des inoculations hypodermiques de curare. Malgré l'emploi de ces remèdes, le malade a succombé à la clinique au bout de trois jours de traitement.

Le second malade, atteint de tétanos, strychnique, a été soumis presque exclusivement à des mesures hygiéniques, à l'exclusion de tout remède énergique. Malgré la gravité des phénomènes morbides, la guérison a été obtenue.

Dans les deux autres cas, tous deux traumatiques et consécutifs à l'amputation de la partie lésée, l'auteur a eu également recours au repos absolu, le malade étant isolé dans une chambre sombre, et tenu éloigné de tout bruit.

L'un et l'autre malades prirent à l'intérieur des doses de 20 centigrammes d'ergot de seigle et 5 milligrammes de belladone, d'abord quatre fois par jour, puis moins fréquemment pour diminuer les douleurs et l'hypérémie de la moelle épinière. L'un a guéri, et l'autre, qui avait pris en outre de l'hydrate de chloral, a succombé.

Il n'en reste pas moins deux guérisons pour un décès, comme résultat du tétanos par le repos absolu des malades. Quoi qu'il en soit de l'effet des remèdes prescrits, toujours est-il que, quel que soit le mode thérapeutique employé, ces mesures hygiéniques pourront contribuer pour une part à en assurer le succès.

Atrésie vaginale avec rétention des menstrues. — *Il* s'agit d'une femme qui vint consulter le docteur Maxwell trente mois après la naissance de son premier enfant. Lors de cet accouchement, le médecin qui l'avait assistée avait trouvé un hymen intact, et n'avait pu pratiquer le toucher vaginal qu'avec beaucoup de difficulté. L'accouchement s'était du reste passé très-normalement et l'hymen avait été rompu par la tête de l'enfant. Aucunes complications. Pas de fétidité dans les lochies, peu abondantes du reste. L'accouchée fut très-rapidement sur pied. Neuf mois plus tard elle éprouve les symptômes du molimen menstruel, mais il ne s'écoule rien par le vagin, et ce phénomène se reproduit quatre fois de mois en mois. Mais alors, douleurs de plus en plus vives. En examinant cette patiente, le docteur Maxwell trouva une tumeur abdominale petite, située au-dessous de l'ombilic. C'était l'utérus soulevé par le vagin distendu. Le toucher rectal et le cathétérisme vésical pratiqués simultanément renseignèrent l'opérateur sur le volume de la tumeur. Le vagin était fermé par une cicatrice étoilée très-dure. On plon-

gea un trocart qui donna issue à une quantité considérable de sang altéré, visqueux, noir, ressemblant à du goudron. L'orifice fut dilaté, et le vagin lavé à grande eau avec une solution phéniquée tiède. Guérison rapide. L'orifice fut maintenu béant à l'aide d'un spéculum de verre fixé par un bandage en T. (Ce fait est en faveur de l'évacuation brusque des collections sanguines menstruelles. Notons-le sans oublier que cette méthode est peut-être plus dangereuse que l'évacuation lente, généralement conseillée aujourd'hui.)

(*The Chicago med. j. and Ex.*)

Traitement de l'érysipèle par le silicate de soude. — Ce moyen a été employé surtout par le professeur Alvarenga, de Lisbonne, qui lui accorde une grande efficacité. Son travail repose sur quarante-huit observations d'érysipèles du cuir chevelu, du visage et des membres, tant limités qu'ambulants. Il prétend que la durée de la maladie, à l'aide de ce reméde, ne dépasse pas quatre à cinq jours. La solution de silicate de soude que l'on emploie est semblable à celle qui sert à la fabrication des appareils inamovibles. On l'étend de sept à huit fois son poids d'eau distillée. Il est très-important d'essayer au préalable cette préparation avec le papier de tournesol; tant qu'elle est acide, on doit y ajouter de la soude pour la neutraliser. Il faut, avec un pinceau, étendre, matin et soir, la solution sur les parties malades, et l'on doit laisser les surfaces sécher à l'air libre. Au bout de quatre à cinq jours, quand la fièvre, la tuméfaction et la rougeur sont tombées, on suspend l'emploi du silicate de soude, et l'on recouvre les parties malades d'ouate trempée dans l'huile d'amandes douces. (*J. méd.-chirurg. de Pesth.*)

Névralgie sciatique rebelle chez un alcoolique, guérie par la morphine à hautes doses. — Le docteur Berry rapporte, dans *the Lancet*, une observation dont le principal intérêt réside dans ce fait que le malade, âgé de cinquante-quatre ans, était depuis longtemps adonné aux liqueurs fortes, et que son affection fut des plus rebelles. Divers moyens, frictions, rubéfiants, galvanisme, alcalinés, opiacés, vésicatoires sur le trajet du nerf sciatique, strychnine, bromure de potassium, aquapuncture, etc.. furent essayés sans succès. Les injections sous cutanées de morphine avaient seules procuré quelque soulagement; mais la dose étant trop faible (1 centigramme et demi soir et matin), la guérison n'était pas survenue.

On se décida alors à injecter, soir et matin, 3 centigrammes d'acétate de morphine pendant un mois, puis on réduisit progressivement la dose jusqu'à ne plus faire qu'une injection par jour.

La durée totale de l'affection avait était de trois ans, et celle du traitement d'environ deux mois. La guérison fut parfaite.

La tolérance pour la morphine semble indiquer que l'alcoolisme était pour une grande part dans la persistance de la névralgie.

Absorption des médicaments par la muqueuse vaginale. — Le docteur E. W. Hamberger (*Prager Vierteljahrsschrift f. prakt. Heilkunde*, 130), a fait dernièrement un certain nombre d'expériences, dans le but de déterminer le pouvoir absorbant de la muqueuse vaginale; ces expériences ont été faites sur des femmes de vingt à trente ans : un tampon imprégné de la solution médicamenteuse était introduit dans le vagin au moyen du speculum de Fergusson, et retenu par un autre tampon sec, destiné à empêcher l'écoulement de la solution par la vulve.

Ces tampons furent laissés en place pendant vingt-quatre heures; au bout de ce temps on les retira, et l'urine contenue dans la vessie fut examinée au point de vue de la substance qui imprégnait le tampon.

L'iodure de potassium fut tro

dans l'urine deux heures après l'introduction du tampon, et vingt-quatre heures après son extraction, on découvrait encore cette substance. Le ferrocyanure de potassium était reconnu au bout de trois heures et était encore apparent vingt-quatre heures après l'extraction du tampon. L'acide salicylique était aisément découvert dans l'urine par le perchlorure de fer, trois heures après le placement du tampon. Le bromure de potassium, en solution de 6 pour 100, était trouvé au bout du même temps. Le chlorure de lithium, en solution de 11 pour 100 était décélé après deux heures.

Hamberger appelle l'attention des praticiens sur la portée de ces recherches.

L'administration des médicaments par le vagin pourra, dit-il, être employée dans tous les cas d'obstruction quelconque des autres voies normales, — et trouvera son application spéciale dans la pratique gynécologique.

Une cause d'erreur à éviter. — Le praticien, avant de proclamer l'innocuité de doses réputées excessives d'un médicament actif, fera bien de s'assurer si le malade, qui est censé prendre ces doses, ne cherche pas à tromper son médecin en éludant tout ou partie des prescriptions qui lui ont été faites.

M. Herrgott rappelle à ce sujet, dans la *Revue Médicale de l'Est*, une histoire fort édifiante. Un peintre était en traitement dans le service de M. Forget, pour une paralysie saturnine des extenseurs. On lui prescrivait des pilules de strychnine qui, ne produisant aucun effet, furent portées successivement à 2, 3, puis 5 ou 6; étonné de ne rien constater comme effet de traitement, on s'assura de la qualité de la strychnine de la pharmacie, qui était irréprochable; alors M. Forget lui fit avaler les cinq pilules devant lui : deux heures après il était mort. On retrouva plus tard les pilules derrière le lit de ce malheureux. (*Arch. méd. Belges.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Glycéré iodo-tannique contre la teigne tonsurante. — Lespiau.

℞. Tannin	1	gramme.
Teinture d'iode.	10	—
Glycérine	20	—

m.

En badigeonnages deux fois par jour sur les parties affectées et à deux centimètres au-delà.

Les croûtes doivent être préalablement enlevées. (*Union médicale*).

Liniment antinévralgique.

℞. Ether acétique. . . .	80	grammes.
Teinture alcoolique d'aconit	ãã 15	—
Teinture de racines d'arnica		

En frictions. Couvrir la région avec de la flanelle imbibée de ce liniment.

(*Bordeaux méd.*)

Pilules contre l'incontinence d'urine.

Limaille de fer porphyrisée. .	250
Ergot de seigle pulvérisé. . .	30

Mucilage de gomme Q. S.

Pour 10 pilules toluisée.

Une à deux pilules le soir en se couchant.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1877.

Présidence de M. Bouley.

Rage. — M. Proust, candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène, donne lecture d'un travail intitulé : *Résultats de l'enquête officielle sur les cas de rage observés en France, de 1850 à 1876.*

Empoisonnement par l'agaric bulbeux. — M. Gubler lit un rapport sur un travail de M. le docteur Oré, faisant suite à son *Mémoire sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux.*

Dans ce travail, il n'est guère question que de l'antagonisme existant entre le chloral et la strychnine; mais lorsque M. Oré a parlé de l'alcaloïde convulsivant par excellence, il croit encore faire l'histoire du principe délétère de l'amanite bulbeuse, puisqu'il admet entre les deux poisons une identité pour ainsi dire absolue.

Les faits étudiés par M. Oré ne comportent pas jusqu'ici l'assimilation, ni surtout l'identification qu'il s'agirait d'établir entre la strychnine et l'*agaricus phelloïdes*. Il faudrait que M. Oré apportât de nouvelles preuves. Mais l'auteur paraît avoir été plus heureux dans la démonstration de l'antagonisme entre le chloral et la strychnine.

M. Colin fait observer que la strychnine et l'agaric bulbeux ne sont pas absorbés par les mêmes parties du tube digestif. La strychnine, en effet, reste dans l'estomac sans passer dans l'intestin, ou n'y passe qu'après un temps très-long, tandis que l'agaric bulbeux passe presque aussitôt dans l'intestin, ce qui explique comment, dans le premier cas, M. Oré n'a pas trouvé de lésions intestinales.

M. Gubler ne pense pas que l'interprétation proposée par M. Colin, pour expliquer les différences d'action des deux poisons, soit acceptable, puisque ces différences sont les mêmes quand les deux agents sont introduits dans les veines.

M. J. Guérin pense qu'il est une question préalable dont on n'a pas assez tenu compte, celle de l'action directe de certains poisons sur le système nerveux. On sait qu'il suffit de verser une goutte d'acide prussique sur une plaie faite à l'oreille d'un lapin pour déterminer la mort foudroyante de cet animal; or, il est bien évident que, dans ce cas, le poison n'a pu être absorbé. Il y a donc là une action de contact dynamite qu'il faut savoir dégager de la question d'absorption.

M. Chatin rappelle qu'il a fait un très-grand nombre d'expériences ayant eu pour but de démontrer que des poisons absorbés par les voies respiratoires s'éliminaient par les intestins et y déterminaient les mêmes lésions qu'introduits directement dans le tube digestif.

M. Colin combat d'une façon générale cette opinion, que certaines substances introduites par les veines donnent les mêmes effets qu'introduites dans le tube digestif. Il a injecté jusqu'à 150 grammes de sulfate de soude dans les veines d'un cheval; il l'a tué, mais non purgé.

M. Gubler, en ce qui concerne les purgatifs salins, partage entièrement l'avis de M. Colin, et prétend qu'il a plus raison qu'il ne le croit lui-même, puisque, dans ces cas seulement, on ne purge pas, mais on empêche d'aller à la garde-robe. Mais il y a des purgatifs de bien des sortes, et M. Colin serait dans l'erreur s'il croyait avoir démontré que tous les purgatifs n'agissent qu'après avoir été absorbés, puis éliminés par la muqueuse du tube digestif.

Séance du 13 novembre 1877.

Présidence de M. Boulay.

Choléra asiatique. — M. Decaisne, en son nom et au nom de M. le professeur de Pettenkofer (de Munich), lit une étude sur la *Théorie tellurique du choléra asiatique*, qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Le choléra se montre sur toutes les formations géologiques, mais ce qui importe, pour son développement et sa propagation, c'est l'agrégation physique du terrain, sa perméabilité pour l'eau et pour l'air, enfin la quantité variable d'eau qu'il contient.

2° L'influence des causes locales tient aussi à l'époque de l'invasion des

épidémies, comme le montrent un grand nombre d'observations.

3° Le choléra préfère non-seulement certains quartiers dans une localité, mais encore certaines régions dans une contrée, tandis qu'il paraît en éviter d'autres. Les épidémies locales d'une contrée, d'une province, d'un pays, ne se groupent pas le long des grandes lignes de communication. Cela a été démontré pour les Indes et pour l'Europe.

4° Quelques fréquents que soient les cas de choléra qui éclatent sur les vaisseaux, et quelque favorables que soient les conditions de développement de la maladie, la règle est que le choléra ne s'y propage pas.

5° On ne peut méconnaître l'influence de la saison sur les épidémies de choléra, ni celle qu'exerce sur leur fréquence l'époque des pluies aux Indes et en Europe.

6° Contrairement à la doctrine qu'on leur prête généralement en France, les partisans de la théorie tellurique ont toujours admis une substance infectieuse, spécifique, un germe du choléra qui se propage de lieu en lieu par les communications humaines et non point par l'atmosphère libre à de grandes distances.

7° Les partisans de la théorie tellurique n'ont jamais prétendu que les tourbières et les marais dussent être les lieux les plus favorables au choléra. Au contraire, ils ont souvent relevé ce fait que, dans nos climats tempérés, les régions marécageuses sont souvent épargnées d'une manière frappante.

8° En discutant les opinions de M. de Pettenkofer sur l'influence de l'eau du sol, les partisans de la contagion passent ordinairement sous silence la coïncidence des oscillations de l'eau souterraine et de la fièvre typhoïde. Ils objectent, par exemple, que Lyon a eu, en 1874, un niveau très-bas des eaux du sol, et qu'à cette époque il y a bien eu à Lyon une épidémie de fièvre typhoïde, mais pas de choléra. Les partisans de l'influence locale répondent qu'il n'y avait, à cette époque, d'épidémie de choléra asiatique ni à Paris, ni à Marseille, et que, si le germe avait été transporté à Lyon, il est probable que cette ville aurait eu, dans certains quartiers reposant sur un terrain d'alluvion, une épidémie de choléra, comme en 1854, sur une partie de Perrache et de la Guillotière. Il suffit de consulter les recherches de Delesse sur les conditions géologiques et hydrologiques de Paris, et celles de MM. de Pettenkofer et Decaisne *sur* Lyon, pour voir que les conditions du sol et de l'eau souterraine sont très-différentes à Paris et à Lyon.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS

Séance du 10 octobre 1877.

Présidence de M. le Dr Domerc.

Elections. — Par acclamation, MM. les docteurs Bouvyer et Rambaud sont nommés associés libres nationaux, et M. le Dr Marcé (de Nantes), est nommé membre correspondant de la Société.

Rapport de la commission des prix.

M. le Dr Machelard, au nom d'une commission composée de MM. Domerc, Fontès, Passant, de Pietra-Santa et Machelard, rapporteur, lit un rapport sur le concours des prix, et propose d'accorder, au seul concurrent, M. Lecour, une mention honorable, avec médaille, et le titre de membre associé libre national. Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Sur le traitement des hydropisies par l'éther sulfurique.

M. le Dr Courtaux, au nom de M. le Dr Giraut, lit la première partie d'un mémoire intitulé : *sur le traitement des hydropisies par l'éther sulfurique*. L'auteur s'efforce de prouver l'innocuité des injections d'éther dans les séreuses en général, et dans la cavité péritonéale en particulier.

Aux objections de MM. de PIETRA-SANTA et BOSSU, qui disent que, règle générale, les séreuses, affectées d'hydropisie, guérissent par la seule adhérence des deux feuillets enflammés, et demandent si l'auteur a pu constater, après guérison, l'état des séreuses sur des pièces pathologiques, M. le Dr GIRAULT répond qu'il ne sait comment la guérison arrive, mais que néanmoins elle se produit.

M. le Dr P. RICHARD fait observer que l'éther se volatilisant à 35°,5, on n'in-n'injecte absolument aucun liquide drns les séreuses, par le procédé de M. Girault, et que, dans ces circonstances, il devient indifférent de dire qu'on a injecté 30 grammes ou 3,000 grammes d'éther.

Sur la demande de plusieurs membres de la Société, la discussion de cette intéressante question est renvoyée à l'une des séances suivantes.

Pathogénie des maladies cutanées.

M. le Dr ROCHARD lit, sous ce titre, un travail dont voici le résumé.

En parcourant le mouvement des idées en médecine, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, pour faire mieux comprendre ce que l'on entend par pathogénie des maladies cutanées, nous avons reconnu deux courants que nous avons appelé, l'un *négatif* ou des hypothèses, contribuant à perpétuer l'ombre, par l'abus des théories; l'autre courant *positif* ou du progrès, tendant, par une saine observation, à éclairer le terrain pratique. . . . . .

Arrivé à la fin de notre historique, nous allons démontrer, contrairement à l'avis de M. Bazin, que la peau, à raison de son organisation complexe et de ses fonctions spéciales, peut avoir des maladies propres à chacun de ses tissus, au même titre que les autres appareils splanchniques. — C'est en ce qui nous concerne, ce que nous avons tenté de faire en établissant notre classification.

Nous la devons à l'interprétation plus exacte des maladies de la peau et particulièrement de celles que nous appelons dartres. Abandonnant les opinions émises et si controversées, nous nous sommes efforcé d'établir le vrai caractère de ces maladies. Nous avons démontré que toute éruption dartreuse ne résulte pas *nécessairement* d'une cause interne, d'une altération du sang, d'une diathèse, d'un état constitutionnel, mais que, très-souvent, essentiellement locale, elle a son origine dans le tissu même où elle se manifeste.

Congestion troublant l'ordre naturel des éléments anatomiques affectés et produisant l'espèce, les variétés et les lésions élémentaires. C'est une distinction dont il faut tenir compte et qui doit porter à examiner attentivement le malade. Toutefois, alors même que l'on constaterait un état général, cela n'autoriserait pas à conclure, *ipso facto*, à sa prédominance; car, dans beaucoup de cas, s'il peut imprimer des nuances dans l'évolution des symptômes locaux, il est sans influence sur leur production, qui s'effectue exclusivement dans les éléments cutanés.

La pathologie générale, guide le plus sûr, dans les investigations cliniques, nous a conduit à faire deux grandes divisions des maladies cutanées, la première, contenant celles qui, ayant un siége anatomique déterminé, se groupent en espèces dartreuses, quelques-unes compliquées de parasites végétaux et appelées maladies parasitaires; la seconde, comprenant les maladies qui, ayant un siége anatomique indéterminé et formant des groupes divers, se localisent simultanément et successivement dans les éléments cutanés superficiels ou profonds, à l'état aigu ou chronique, et détruisent plus ou moins les parties affectées.

Depuis Malpighi, les découvertes en anatomie dermique ont exercé une influence marquée sur les opinions de Morgagni, de Boerhaave, d'Astruc, de

Sarry, d'Alibert, de Biett, de Breschet et de l'école allemande, de Cazenave, puisque tous admettent que les éléments constitutifs de la peau peuvent être affectés séparément ou simultanément.

Les erreurs de localisation, dérivant d'une science imparfaite, ne prouvent rien contre la vérité du principe qu'en médecine aucune notion positive ne saurait exister, si elle ne repose sur l'anatomie et la physiologie.

Donc, l'étude approfondie de la structure de la peau, de l'histologie et de la physiologie de l'élément anatomique, siége de la maladie, sont les notions nécessaires qui doivent conduire logiquement à la connaissance de la pathogénie des maladies cutanées.

Dans les maladies qui ont un siége anatomique déterminé, et que nous appellerons dartres, la pathogénie dérive essentiellement d'un trouble fonctionnel, d'un élément lésé par la congestion, l'état général n'imprime tout au plus que des nuances dans l'évolution de l'affection locale.

Dans les maladies qui affectent plusieurs éléments cutanés, la pathogénie dépend généralement d'un état prépondérant de l'organisation; cet état exerce une influence incontestable sur la marche et le caractère de la maladie, il s'accentue davantage par l'action des virus.

De ces considérations, il ressort que, dans ces maladies ,il existe une pathogénie locale et une pathogénie générale, dont l'importance se révèle dans les indications et les modes d'emploi du traitement par la méthode locale expulsive qui nous est propre, et qui fera le sujet de notre prochaine communication.

Statistique médicale des Bureaux de Bienfaisance, *octobre* 1877, par le *Dr E. Gibert.*

Les rapports envoyés par nos collègues, MM. Monceaux, Coqueret, Paul Richard, Fontès, Domerc, Passant, Bernier de Bournonville, de Saint-Paul, A. Pellarin et le nôtre, signalent tous la fréquence des affections thoraciques, bronchite et pneumonie. Nous pourrions presque résumer cette statistique en la phrase suivante de notre honorable collègue, le Dr Coqueret : « L'humidité de l'atmosphère et les variations de la température ont eu pour résultat le développement d'affections névralgiques et arthritiques, de laryngo-bronchites; les affections typhiques et gastro-intestinales, les gastralgies exceptées, ont été plus rares; en somme, pas d'épidémie et constitution médicale relativement satisfaisante. » Dans le XIIe arrondissement, plusieurs cas d'érysipèles bénins de la face avec adénite cervicale; un de ces érysipèles offrit cela de curieux, qu'il fut le premier symptôme d'un rhumatisme articulaire aigu encore en traitement. M. le Dr Paul Richard signale des cas nombreux de coqueluche dans le Ier arrondissement, et M. le Dr Fontès des cas de diphthérie dans le même arrondissement. M. le Dr Passant a observé plusieurs cas d'ictère catarrhal et un cas d'ictère grave, mortel.

L'un des secrétaires,

Dr Edouard LABARRAQUE.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 6 novembre 1877, ont été promus à la suite des concours ouverts dans les ports :

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe : Corre, Abelin, Abblard, Fontan, Guyot, Maillard, Jacquemin, Duthoya de Kerlava-

rec, Ayme, Caradec, Maurin, Rémond, Barre, Siciliano, Pujo, Manceaux, Cantellauve, Guillaud, Lecorre, Alessandri, Chédan, Fouque, Moulard, Roux, L'Helgouac'h et Antoine.

Au grade de médecin de 2me classe : MM. les aides-médecins : Rochard, Reynaud, Bréjon, Cauvin, Gueit, Godet, Crisolle, Rangé, Cases, Flagel, Boret, Nodier, Kuenemann, Colin, Ono dit Biot, Barthe de Sandford, Philip, Baril, Chevrier, Granjon-Rozet, Aubœuf, Delessard, Joseph dit Orme, Drago, Pfihl, Borelly, Hahn, Arami, Cauvet, d'Hubert, Alix et Morain.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants Hervé, Guédec, Traband, Le Quément, Duval, Bourdon, Fortoul, Zimmer, Petit, Bazin, Pungier, Kergrohen, Randon, Augier, Lantier, Chevalier, Le Franc, Giraud, Machenaud, Echalier, Giraud, Gazeau, Lahoulle, Ourse, Haueur, Rétaud, Bonnaud, André, Martin, Rabut, Arène, Retière, Chabert, Libouroux, Aubry, Couillebault, Bridot, Chassériaud, Orgeas, Bourguignon, Micholet, Vaquié, Martin, Ferré, Mestayer, Jouanne, Guilmoto, Arbaud, Deboffe, Laborde, Garnier, Dubois, Suquet, Henry, Besson, Nogues, Alliot et Rambault.

***

Troubles à l'École de médecine. — A la suite des troubles qui ont signalé la réouverture des cours de M. Chauffard à l'École de médecine, le conseil académique s'est réuni et a pris la résolution suivante, qui a été affichée mercredi matin sur les murs de l'École :

Le cours de M. le professeur Chauffard aura lieu dans le petit amphithéâtre.

Les élèves de quatrième année y seront seuls admis, sur la présentation de leur carte d'étudiant.

Paris, 14 novembre.

Le doyen,

Signé : A. VULPIAN.

Le cours a eu lieu dans ces conditions. Le doyen de la Faculté a invité les étudiants qui s'étaient réunis dans la cour à se retirer, ce que plusieurs ont fait. A son entrée dans l'amphithéâtre, M. Chauffard, ayant entendu des sifflets, s'est écrié : « Messieurs, je ne rends pas responsables les étudiants en médecine des troubles qui se sont produits. Ils sont le fait de personnes étrangères à l'École. Les étudiants sont trop soucieux des intérêts de la Faculté pour y être jamais mêlés. » Les tapageurs se sont alors retirés, et le cours a pu continuer sans incidents.

***

Mortalité moyenne annuelle de quelques grandes villes. — Saint-Francisco, 14.4 décès par mille habitants; Copenhague, 16.0; Edimbourg, 17.8; Cassel et Carlsruhe, 18.0; Londres, 18.6; Stuttgard, 19.2; Leipzig et Dublin, 19.9; Philadelphie et Hanovre, 20.1; Altona, 20.7; Paris, 21.1; Strasbourg, 21.3; Prague, 21.5; Turin, 22.4; Bruxelles, 23.7; Vienne, 24.8; Amsterdam, 25.4; Hambourg, 25.8; Dresde et Stockholm, 26.9, Calcutta, 27.8; Liverpool, 28.0; Magdebourg, 28.4; Berlin, 28.5; New-York, 30.2; Lisbonne, 30.3; Bucharest, 30.5; Rome, 31.3; Saint-Pétersbourg, 38.2; Pesth, 33.6; Nuremberg, 34.6; Munich, 35.0; Augsbourg, 39,3; Athènes, 40.8; Trieste, 44.9; Alexandrie (Egypte), 50.5; Bombay, 54.8 et Madras, 1344.

***

Incendie de l'hôpital Saint-Antoine. — Un incendie considérable a éclaté jeudi soir, à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Antoine, dans les pavillons en bois situés le long de la rue de Chaligny. Tous les baraquements ont été entièrement détruits. On a eu à déplorer la mort de deux femmes paralytiques. Une troisième infirme a eu beaucoup de peine à fuir les flammes et porte les traces de brûlures assez étendues.

***

Ce que coutent les Universités allemandes. — Les vingt universités de l'Allemagne du Nord coûtent annuellement au pays environ 10 millions de francs. Celle de Leipzig reçoit à elle seule 1,250,000 fr.

L'Allemagne du Nord possède une université par 2 millions d'habitants, l'Autriche une par 5 millions, l'Angleterre une par 7 millions, la Suisse une par 1 million.

Ces vingt universités ont un personnel de 1,250 professeurs, recevant un traitement fixe qui varie de 2,500 à 15,000 fr. Le jeune homme qui embrasse la carrière de l'enseignement universitaire peut calculer qu'à trente-cinq ans il aura, en moyenne, un traitement de 10,000 fr. Il sera assuré, en outre, d'une pension de retraite. Les sommes dépensées pour les laboratoires, bibliothèques et employés, dépassent celles qui sont consacrées aux appointements des professeurs. (*Academy.*)

***

Les hommes gras en Amérique. — Avec leur esprit éminemment pratique, les Américains, dit la *France*, savent tirer partie de tout. Est-il rien de plus désagréable généralement que d'être obèse? Pourquoi perdre notre temps à nous désoler? se sont dit les malheureux affligés de cette infirmité. Mieux vaut prendre gaiement la chose.. Aussitôt, ils décidèrent de se réunir en Congrès, ou plutôt d'organiser un concours d'hommes gras. Cette institution cocasse remonte déjà à plusieurs années, et tous ses membres s'en trouvent à merveille. Le festin annuel de l'Association a eu lieu dernièrement à Gregorey's Point, dans l'état de Connecticut.

Il n'y avait qu'un plat, le « clambake » traditionnel ; mais il était copieux, un vrai plat de résistance, dont 115 boisseaux d'huîtres, 500 livres de homard, 15 barils de pommes de terre sucrées, autant de pommes de terre communes, 300 livres de poissons assortis, 10 barils de maïs et 50 douzaines de poulets avaient fourni les éléments.

Pendant que ces commestibles savoureux, recouverts d'une couche épaisse d'herbes marines, mijotaient lentement sur les pierres chauffées, un incident inattendu est venu réjouir les cœurs des Hommes Gras. Le steamer *Joséphine* est arrivé, amenant un renfort considérable des plus obèses citoyens de New-York. Après les poignées de mains et les réflexions obligées sur la chaleur, on a procédé à l'importante opération du pesage. Une ovation méritée a été faite à un jeune homme, Willarm Perkins, qui n'a pas encore 25 ans, et qui ne pèse pas moins de 399 livres ! Vers la quarantaine, il promet d'arriver à un poids qui sera l'honneur éternel de l'Association. Cinq seulement des membres présents pesaient plus de 300 livres. M. Roy, de New-Brunswick, a fait pencher la balance à 329. Parmi les invités étrangers à l'Association, mais dignes d'en faire parti, on mentionne le colonel Rowlan, de Londres (Angleterre), qui pèse 289 livres, et M. Covert, du *News*, de New-York, qui en pèse 288.

La dernière huître absorbée, on a élu les officiers de l'Association pour l'année prochaine. M. Murphy (309 livres) a été réélu président ; M. Maples, de l'*Hour*, de Norwalk (214 livres), est secrétaire et trésorier. Les quinze vice-présidents représentent un poids total de 3,450 livres.

***

École pratique. — M. le Dr P. Ménière a commencé son cours de *Thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et de ses annexes* le vendredi 16 novembre, à trois heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, et le continue les vendredis suivants à la même heure.

— M. le Dr Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, a commencé son cours public sur les *maladies inflammatoires de l'utérus et leurs complications*.

le lundi 19 novembre, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. Ce cours a lieu tous les samedis et vendredis à la même heure, sauf le 1er vendredi de chaque mois.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du* 1er *au* 8 *novembre*, on a constaté, 982 décès ainsi répartis : variole, 0; rougeole, 10; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 21; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 69; pneumonie, 73; dysentérie, 3; diarrhée cholériforme des enfants, 13; choléra infantile, 0; choléra, 0: angine couenneuse, 34; croup, 12; affections puerpérales, 6; affections aiguës, 263; affections chroniques, 389 (dont 174 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 48; causes accidentelles, 34.

Du 8 *au* 15 *novembre*, 837 décès ainsi répartis : variole, 0; rougeole, 16; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 14; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 32; pneumonie, 69; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 5; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 25; croup, 12; affections puerpérales, 1; affections aiguës, 222; affections chroniques, 363 (dont 157 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 43; causes accidentelles, 27.

VARIÉTÉS

Manuel des dyspepsies à propos duquel je commente un aphorisme de Brillat-Savarin (1).

Le nombre et l'heure des repas adoptés par nos anciens est définitivement ce qu'il y a de plus hygiénique. — Ni un, ce n'est pas assez, — ni quatre, c'est trop, — mais trois repas, c'est la triade consacrée par Plutarque dans ses *Symposiaques*.

Usage modéré et bien compris des apprêts (2). — Évitez, évitez surtout les condiments de provenance étrangère, dont l'étiquette multicolore s'étale chez nos gros épiciers ; c'est du pétrole pour nos estomacs surmenés, éreintés...

Les maquignons introduisent également une drogue incendiaire sous la queue d'une rosse à vendre ; ça la fait courir et caracoler quelques instants, puis elle tombe pour ne plus se relever.

Je ne veux pas dire comme Sénèque: Chassez vos cuisiniers ; la sagesse ne doit pas faire oublier le pot au feu. Choisissez, si la fortune vous le permet, une bonne ménagère, une vraie *servante de curé*, par exemple, qui soigne toujours, mijote, arrive enfin par ses procédés à la fois simples et savants à ces résultats ordinaires dont les femmes seules sont capables.

Bien marcher et bien mâcher, disait Bosquillon, sont les deux plus grands secrets que je connaisse pour vivre longtemps.

J'insisterai sur ce très-sage précepte, parce que j'ai remarqué que nous menons une vie trop sédentaire et que nous mangeons trop vite : troisième et quatrième causes des dyspepsies.

Mon ami Mayor (de Lausanne) faisait la même recommandation à ses riches clients — pauvres Tantales — qui venaient lui demander une recette apéritive : Marchez, courez même, au risque de faire, comme moi, sourire tous les passants, leur répondait-il, et il joignait l'exemple au précepte : je l'ai vu descendre les cent dix marches de son hospice, sans reprendre haleine et il fit

(1) Suite. Voir le numéro du 15 novembre.

(2) Je signale les *écrevisses à la bordelaise*, comme aphrodisiaque, inventées et perfectionnées par la haute bicherie, dans l'intérêt de son ignoble commerce. *Caveant amores...*

montée et descente, deux fois par jour, pendant les vingt-cinq dernières années de sa laborieuse existence, — aussi « c'était un convive guilleret, un mangeur d'une belle tenue, un de ces heureux mortels qu'une bonne digestion rend meilleur (1). »

J'ose me citer comme un bon exemple pour mes jeunes confrères de campagne ; — tous les jours je fais encore une tournée de douze à quinze kilomètres en moyenne.

Et votre voiture, me demande le public toujours étonné ? — Je lui réponds qu'elle fait partie des ambulances de la croix-rouge, puisque je m'en sers seulement lorsque je suis *blessé*... par la fatigue.

Ce bon public ne comprend pas que je voyage autant pour ma santé que pour la sienne, car cette promenade à pied me gagne un bon appétit, *sine quâ non* de ma bonne santé qui fait mentir Hippocrate, ayant écrit qu'on ne vivait jamais vieux avec de mauvaises dents.

Ici j'ouvre une parenthèse pour dire qu'un dentier avec plaque d'appui sur la voûte palatine vous permet seulement de *mastiquer* et non de manger, et je déclare — expérience faite — que si Dieu n'avait pas *animé* notre maxillaire de broyeur mécanique par la jouissance superlative du goût, elle serait tellement pénible, qu'aucun mangeur sincère voudra s'y condamner, au risque de sa santé...

Ainsi donc, l'appétit ne s'achète pas, il se conquiert par l'exercice, et au lieu de s'installer devant un café et d'attendre l'heure du dîner, en compagnie d'un vermouth, d'un verre d'absinthe ou de madère, je dis au convive anxieux, promenez-vous, attendez et espérez...

Ceux qui mangent trop vite et sans attention se préparent une mauvaise digestion et (ceci est aussi grave) ils ne discernent pas les impressions du second degré, — arrière-goût, parfum ou fragrance, — lesquelles sont, d'après Brillat-Savarin, l'apanage exclusif du petit nombre d'élus.

Jouissez lentement et que rien ne vous presse;
Gardez qu'en votre bouche un morceau trop hâté
Ne soit, en son chemin, par un autre heurté.

Mais on n'écoutera pas plus le poète que le médecin ; le public mérite plus que jamais le reproche de l'auteur de la *Physiologie du goût* à son compatriote et ami, le docteur Richerand : Tu n'as qu'un défaut, lui disait-il souvent, tu manges trop vite.

Cinquième cause des dyspepsies et la plus fréquente, en ces temps de préoccupation politique : — manger en lisant son journal.

A l'exception du *Lyon médical*, parce qu'il est hebdomadaire, je conseille à ses abonnés, une fois à table, de ne consulter que la carte du jour, au restaurant, ou le menu calligraphié par la main même d'un amphitryon prévoyant et à la hauteur de ses devoirs.

Au bout de mon papier, je m'arrête à regret, parce que, ainsi que Charles Monselet, je porte un tendre intérêt aux choses de la nutrition et que je saisis la moindre occasion de développer, devant quelques confrères qui le prennent sur un ton plaisant, cet apophthegme de P Gobert : « Un caractère commun à l'art du cuisinier et à l'art médical, c'est que la bonne cuisine comme la bonne médecine est celle qui fait vivre. » (*Lyon médical.*)

(1) *Mathias Mayor, sa vie et ses travaux*, etc. p. 89.

AVIS.

Les abonnements à la *Revue de thérapeutique* partant du 1er janvier, nous prions nos abonnés de songer au renouvellement, afin de prévenir tout retard dans l'envoi du journal.

Le meilleur mode de paiement consiste en un bon sur la poste, dont le talon tient lieu de quittance.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr Hamon (de Fresnay.)

Paris.— Imp. Baltout, Questroy et Cie, 7, rue Bailif.

44e Année.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

N° 24. — 15 DÉCEMBRE 1877.

CLINIQUE. — MÉMOIRES. — OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Service de M. le professeur HARDY.

§ 1. — Cirrhose du foie.

L'homme couché au lit n° 1, entré à l'hôpital depuis trois jours, est malade depuis trois mois.

La première chose qui frappe, en jetant les yeux sur lui, c'est son teint grisâtre plombé. L'oppression est extrême. Cependant le cœur et les poumons sont sains. La respiration ne s'entend pas, en arrière, par suite du refoulement en haut du diaphragme. Or, l'examen du ventre et des grands viscères splanchniques, va nous donner l'explication de ces manifestations morbides.

Le ventre est très-développé, la peau tendue. Les veines des parois abdominales sont distendues, preuve manifeste de la gêne de la circulation profonde. En pareil cas, le système vasculaire externe doit suppléer, par un excès d'activité, à l'insuffisance de cette même circulation profonde.

Il y a un épanchement assez abondant dans la cavité péritonéale. Le liquide ascitique est libre dans cette cavité, ce qui se reconnaît facilement en faisant changer l'attitude du malade. La matité correspond toujours à la partie déclive, la sonorité intestinale remontant, en même temps, vers les points les plus élevés. Ces changements d'attitude permettent de reconnaître, chez l'homme, les épanchements enkystés. Chez la femme, les caractères opposés, c'est-à-dire la fixité de la matité et de la sonorité sont l'indice des kystes de l'ovaire.

Reste à remonter à la cause productrice de l'ascite. Dans les cas analogues, c'est le foie ou la rate qu'il convient tout d'abord d'interroger.

Les épanchements dans le péritoine se rencontrent aussi bien lorsque le foie est petit que lorsqu'il est gros. Ici, le foie occupe une position élevée, car il est refoulé par le liquide ascitique, mais il est très-petit.

Par opposition, la rate est très-volumineuse. Sa longueur, de haut en bas, est presqu'égale au développement du foie dans le même sens.

Cette opposition, relevée entre ces deux organes, suffit à elle seule pour apprécier la nature de la maladie. Il s'agit, chez ce malade, d'une *cirrhose du foie.*

D'autres signes viennent corroborer ces dernières données.

Le teint plombé, la gastro-atonie, les nausées, la diarrhée fréquente, sont autant de manifestations morbides propres à cette affection. Il est encore un symptôme qui manque rarement dans la cirrhose, et qui est très-caractéristique chez ce malade. Les urines sont rares et présentent une *couleur acajou*, due à un excès d'urates.

Cette affection est fort grave, et il y

a tout lieu de croire qu'elle ne va pas tarder à entrer dans sa troisième période. C'est alors que les jambes enflent, par suite de la compression de la veine cave inférieure.

M. Hardy prescrit un litre de lait par jour, soupes au lait; une pilule d'opium à 0,025. Comme l'abdomen est un peu douloureux, il ordonne de pratiquer des onctions *loco dol.* avec un liniment huileux, additionné de 6 gr. de laudanum de *Sydenham*.

§ 2. — Albuminurie.

Au premier coup d'œil, on soupçonne la nature de l'affection dont est atteint le malade couché au n° 4. Ses joues bouffies, sont tremblottantes sous l'impulsion du doigt. Il y a de l'eau épanchée dans les joues, dans les mains, dans les jambes; il existe un hydrothorax, un œdème des poumons. Une seule partie du corps, peut-être, n'est pas envahie par la sérosité : c'est le cuir chevelu.

En présence d'une anasarque aussi généralisée, il est rare que l'on n'ait pas affaire à une albuminurie. Or, voici les renseignements que nous fournit l'exploration des urines.

Vue en masse, colligée dans un grand bocal, l'excrétion urinaire présente une couleur d'un brun foncé. Une moindre proportion de la même urine, recueillie dans un verre à expériences, n'offre plus qu'un aspect citrin un peu foncé. Il convient de tenir compte de la proportion du liquide, dans l'appréciation de sa coloration. Chacun sait, du reste, que la mer, vue en masse, paraît verte, et que, vue en petite quantité, elle est transparente comme de l'eau de roche. Il convient de tenir grand compte de ce fait physique dans l'appréciation de la couleur de ce fluide excrémentitiel.

Cette coloration brune de l'urine tient ici à la présence des globules sanguins. L'examen microscopique y révélerait en abondance la présence de tubuli des reins, et d'hématies, avec ou sans matière colorante, selon le degré plus ou moins avancé de décomposition des globules sanguins.

Le traitement consiste dans l'administration de 3 pilules de tannin à 0,10 chacune; dans l'usage du lait, et dans l'emploi des bains de vapeur, pris au lit. Non seulement ces bains de vapeur doivent être pris au lit, mais, pendant leur durée, le malade qui suffoque dans la position horizontale, doit les prendre dans l'état de station sur le siége. Hier, il a failli asphyxier, pour avoir tenté de rester étendu, pendant qu'on lui donnait son bain.

§ 3. — Hoquet persistant en rapport présumé avec une dyspepsie acide.

Le malade, dont il va être maintenant question, est commissionnaire. Il est âgé de cinquante-deux ans. Il souffre depuis quatre mois. Il se dit oppressé quand il monte. Cependant il n'a rien du côté du cœur, rien du côté des poumons. Depuis quinze jours, il est pris d'un hoquet continuel, présentant parfois, cependant, une interruption pendant deux ou trois heures. Ce hoquet se produit d'ordinaire après les repas.

Ce n'est pas tout. Cet homme mange d'un bon appétit, et tous les aliments lui conviennent, sauf la salade, à laquelle il a dû renoncer, le vinaigre lui faisant mal. La digestion se fait bien; il n'a pas la diarrhée, et les selles sont normales.

Quelle peut être la cause de ce hoquet opiniâtre, avec ces symptômes en quelque sorte négatifs de l'estomac? Voyons si l'examen des organes pourra nous éclairer à ce sujet.

La rate est volumineuse. Elle se limite bien par la percussion digitale. Quand il en est ainsi, on peut dire, en principe, qu'elle est augmentée de volume.

Le foie est aussi hypertrophié.

Nous trouvons donc, avec une augmentation de volume de ces deux organes, un ensemble de symptômes négatifs, du côté de tous les autres organes. Au point de vue des symptômes, un seul phénomène domine la scène. C'est le hoquet. Mais il est un fait qui, bien

que moins saillant, est de nature à fixer l'attention. Les aliments acides sont mal supportés.

Cette particularité frappe M. Hardy. Il se fait donner du papier bleu de tournesol, et le pose sur la langue du malade. Ce papier rougit légèrement. Pour faire la contre-épreuve, du papier rougi par un acide est appuyé sur la langue. Il conserve sa couleur rouge. La salive qui, d'ordinaire, est d'une réaction alcaline, est donc acide chez ce malade. Nous nous trouvons manifestement en présence d'une *dyspepsie acide* qui, suivant toute vraisemblance, donne lieu à ce hoquet aussi tenace que fatiguant.

L'affection, en rapport avec l'hypertrophie du foie et de la rate, est, en ce moment, trop peu caractérisée pour qu'il soit possible de lui assigner un nom. Il n'y a lieu, jusqu'à plus ample informé, de ne se préoccuper que de la dyspepsie acide. Pour la combattre, M. Hardy prescrit le traitement suivant : eau gommeuse avec addition de 2 grammes de bicarbonate de soude par litre. Un demi verre d'eau de chaux, un quart d'heure avant le déjeuner et le dîner; le tout en vue de neutraliser les acides de l'estomac.

Dr E. Picart.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX

—

HOPITAL DE LA PITIÉ

—

Clinique de M. Verneuil (1).

—

§ 3. — Séquestre volumineux logé entre les deux tables de l'apophyse montante du maxillaire inférieur. — Extraction impossible.— Drainage provisoire du trajet fistuleux.

M. Verneuil se propose de pratiquer une opération bien usuelle et généralement assez facile. On va bientôt se convaincre que, sur ce champ de la chirurgie courante, des déceptions bien inattendues peuvent encore être réservées à l'homme de l'art.

Il s'agit d'un vigoureux gaillard, âgé de trente et quelques années. Il est atteint, depuis deux mois, d'une énorme tuméfaction de la région parotidienne droite, considérée d'abord comme un phlegmon sous-périostique à marche lente. L'abcès a abouti, et a donné lieu à deux trajets fistuleux correspondants l'un en dehors, vers l'angle du maxillaire inférieur du côté droit, l'autre en dedans, au voisinage des premières grosses molaires.

La suppuration est très-abondante. Il importe donc d'en tarir la source, qui tient à la présence d'un volumineux séquestre, peut-être à un ostéosarcome de l'apophyse montante du maxillaire inférieur.

Indépendamment de l'importance des organes à ménager dans cette région dangereuse, il est une autre raison qui engage le chirurgien à être extrêmement circonspect dans ses manœuvres. Depuis quelques jours, ce malade est affecté d'un tic perpétuel dans le côté droit du visage, ce qui prouve que le nerf facial est soumis à une compression. C'est pour de telles raisons que, pour éviter la lésion d'organes qu'il importe si grandement d'éviter, il est d'une importance capitale de s'abstenir de l'emploi de tout instrument tranchant.

Voici de quelle façon M. Verneuil a procédé à cette opération.

Le malade une fois plongé dans l'anesthésie chloroformique, par un mouvement de vrille imprimé à son index, l'habile chirurgien a élargi l'ouverture fistuleuse externe, de sorte qu'il a bientôt pu engager une partie du doigt dans le trajet. Pour se donner du jour, il a débridé les parties molles en avant et au-dessous de l'orifice, au moyen du thermo-cautère.

Les mêmes manœuvres digitales ont été effectuées du côté de l'orifice interne.

M. Verneuil a fini par reconnaître qu'il s'agissait d'un volumineux séques-

(1) Suite. Voir le numéro du 1er décembre.

tre mobile, logé entre les deux tables de l'apophyse montante.

Le plus difficile restait à faire. Il s'agissait, soit d'entraîner en bloc ce séquestre, soit de le fragmenter et d'en opérer l'ablation partielle. C'est contre cette difficulté qu'est venue échouer toute l'habileté de l'opérateur. Au moyen d'un davier, il a bien pu extraire une portion d'os du volume d'une aveline; mais, malgré ses tentatives réitérées, à l'aide d'un grattoir mousse, employé comme un levier, pour se faire jour et ménager une voie de sortie au séquestre, il n'a pu parvenir à le dégager.

Contraint, par mesure de prudence, à renoncer, pour l'instant, à mener à bien cette opération délicate et dangereuse, M. Verneuil s'est décidé pour un moyen terme. Il a établi un drain, en procédant ainsi qu'il suit :

Armé du grattoir mousse et d'une pince à pansements, il s'est fait jour de l'extérieur à l'intérieur. Quand la voie a été suffisamment ouverte, il a conduit de dehors en dedans dans ce trajet, entre les mors de la pince, un tube à drainage, qu'il a été saisir au travers de l'orifice interne. Les deux extrémités ont été réunies, formant désormais un anneau, passant dans le trajet osseux, et embrassant la joue.

Ce drain aura pour résultat immédiat important d'entraîner en dehors une abondante suppuration, qui était en partie ingérée par le malade.

Il pourra aussi préparer les voies, pour l'exécution ultérieure d'une opération plus heureuse que la première.

Ajoutons que, grâce au mode opératoire mis en usage, aucun organe important n'a été lésé; le malade, non plus, n'a subi qu'une perte de sang absolument insignifiante.

§ 4. — Fistule borgne interne. — Opération au moyen du thermo-cautère.

Un homme jeune et vigoureux, atteint de fistule anale, a subi, l'an dernier, une opération qui ne lui a guère été profitable. Il a continué à rendre par l'anus du pus en assez grande abondance. Il ne présente, du côté du tégument externe, aucun orifice anormal. Pour découvrir le siége de la lésion, les spéculums *ani* ordinaires ne mettent pas à découvert une surface suffisante de l'intestin. M. Verneuil fait usage, en pareil cas, de l'instrument de Marion Sims. Aujourd'hui que d'audacieux chirurgiens ne craignent pas d'introduire la main et le bras au travers du sphincter de l'anus, pour aller porter leur exploration jusqu'aux capsules surrénales, il ne faut pas craindre l'emploi d'agents inoffensifs, quoiqu'assez volumineux.

Le malade une fois plongé dans l'anesthésie, M. Verneuil introduit donc sans peine le spéculum de Sims, qui lui permet de reconnaître, à 0,025 de la marge de l'anus, un petit orifice d'où le pus sourd en assez grande abondance. Engageant au travers de cet orifice une sonde cannelée, ce chirurgien lui fait parcourir un trajet de 0,05, limite supérieure du décollement, constituant une sorte de fistule borgne.

Dans les cas de cette nature, M. Verneuil redoute l'emploi du bistouri, tant à cause des dangers de l'hémorrhagie, que dans la crainte d'une résorption purulente consécutive. Il donne la préférence au thermo-cautère, qui met à l'abri de tout accident. Les seules précautions à prendre consistent à opérer lentement, et à ne pas porter trop loin l'incandescence de l'instrument. Utilisant le spéculum à la manière de l'ancien gogeret, M. Verneuil porte contre lui l'extrémité interne de la sonde cannelée, le long de laquelle il opère, avec toutes les précautions voulues et une prudente lenteur, la section ignée de la paroi décollée.

Cette section effectuée, l'opérateur introduit dans le rectum une très-grosse sonde en caoutchouc vulcanisé, qui a pour avantage de donner une libre issue aux gaz, qui pourraient s'infiltrer entre les lèvres de la plaie, et produire de nouveaux décollements.

Cette sonde sera laissée en place deux ou trois jours. Elle sera, en outre, utilisée pour pratiquer quelques injections d'eau phéniquée.

Dr Ch. Ferrant.

THÉRAPEUTIQUE MEDICO-CHIRURGICALE.

—

Traitement d'un cas de grenouillette, par le Dr F. Betz.

Virchon a démontré que la grenouillette consiste en un kysto salivaire, et le professeur Bryk, de Cracovie, a prouvé la vérité de cette assertion par 19 cas examinés et traités dans sa clinique. On a préconisé contre cette affection un grand nombre d'opérations. Sans vouloir entrer dans leur énumération, le Dr Betz croit devoir publier l'observation d'un cas qu'il traite d'après la méthode de Kyll, procédé qui, jusqu'ici, n'a pas été accepté par la généralité des chirurgiens; comme, toutefois, la grenouillette est d'une grande variation, quant à son développement, la nature de son contenu, par ses conditions anatomiques, la méthode en question peut néanmoins trouver son indication dans des cas opiniâtres.

Le malade dont il s'agit est un ferblantier, âgé de vingt-huit ans. A la suite d'un refroidissement subi cinq ans auparavant, il eut des maux de dents et une stomatite. Peu à peu, il s'est formé, sur le côté droit du plancher de la bouche, une tumeur, qui a augmenté de volume jusqu'à faire saillie sous la mâchoire inférieure, sur le côté du cou, où elle s'est tellement développée, qu'on a été longtemps avant de se rendre compte de sa nature. Cette tumeur a été traitée par les moyens les plus variés, entre autres par la pâte caustique d'un certain médicastre, laquelle a laissé à sa suite une forte cicatrice.

Ce fut en février 1875, que ce militaire, que son affection avait fait licencier de l'armée, s'adressa à M. Betz, qui, après l'inspection de la cavité buccale, n'eut aucun doute sur la nature de cette tumeur.

Après avoir fait une simple ponction, pour s'éclairer sur le contenu du kyste, et placé sans succès un séton dans l'intérieur de la bouche, ce chirurgien se décida, d'après la proposition de M. Kyll, à introduire, par la bouche dans la tumeur, un séton le faisant sortir par le cou. Diverses considérations l'engagèrent à adopter un tel parti.

M. Betz fit à l'extrémité extérieure, la plus large de cette tumeur pyriforme, une incision par laquelle il introduisit une sonde boutonnée, dans l'œil de laquelle il avait placé un séton ordinaire. Après avoir contourné les sinuosités de la cavité du kyste, il fit saillir sa sonde sous la cicatrice du cou, fit sur elle une incision, et fit sortir, par cette ouverture, l'une des extrémités du séton. Il n'y eut pas d'hémorrhagie notable, et pourtant la réaction atteignit un certain degré d'intensité. La cavité de la bouche fut fomentée assidûment avec de l'eau tiède, et la plaie du cou fut maintenue au chaud.

Au bout de quelques jours, il commença à tirer chaque jour le séton. Le liquide, qui s'échappait, d'abord analogue à de la salive, devint plus tard fétide et séro-purulent. Pendant les premières semaines, le canal fistuleux et ses ouvertures furent souvent recouverts par des processus diphthéritiques en même temps que s'augmenta la tuméfaction. Plus tard, c'est-à-dire dans la sixième semaine, ces phénomènes disparurent et quand le kyste se fut à ce point rétracté autour du séton qu'il ne représentait plus qu'une simple enveloppe uniforme, le séton fut enlevé définitivement.

L'ouverture dans la bouche se ferma rapidement; celle du cou, au contraire, persista longtemps. Arrivé à ce moment, le malade négligea souvent, tantôt l'introduction d'éponge comprimée, tantôt la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent, ainsi que les soins de propreté ; ce furent les négligences qui contribuèrent au dévelop-

pement de granulations et à la production de rétention des produits kystiques. Toutefois, dès le commencement de février 1876, la guérison pouvait être regardée comme assurée.

Au cou, l'ouverture externe se reconnaît à une cicatrice en entonnoir, et dans l'intérieur de la bouche, on sent le kyste ratatiné. Le malade a notablement repris ses forces et son embonpoint.

Pour prévenir les récidives, le Dr Betz recommande très-spécialement de laisser en place le séton, jusqu'à ce que les parois du kyste s'appliquent sur lui. Il conseille aussi de maintenir la perméabilité de l'ouverture externe, si elle tend à se fermer trop vite, en y introduisant de l'éponge comprimée, et de cautériser le canal fistuleux dans toute sa longueur avec du nitrate d'argent. En observant ces règles, il ne pense pas que la guérison puisse faire défaut, ni qu'une fistule puisse s'établir au cou d'une façon définitive.

Dr Cornaz, de Neufchatel (Suisse).

Les injections sous-cutanées de chloroforme, en tant qu'analgésiques.

Les premières applications du chloroforme, administré par la voie sous-cutanée, pour calmer la douleur, ont été faites à l'étranger Collins; (Robert Bartholow, 1874-1875) (1). Cette pratique était complètement oubliée chez nous, quand M. Besnier, dans ces derniers temps, a eu l'idée d'y recourir, espérant trouver, dans cet agent, un analgésique exempt des inconvénients attachés au morphinisme soit aigu soit chronique.

Ses premiers essais, effectués à l'hôpital Saint-Louis, ont été couronnés de succès. Encouragé par ces résultats heureux, il a répété un grand nombre de fois ses tentatives. Il a toujours constaté que les malades se trouvent soulagés aussi promptement et aussi longtemps que lorsque l'on a recours aux injections morphinées. Contrairement à l'opinion que l'on pourrait s'en faire *a priori*, cette pratique ne donne lieu à aucun phénomène général ni local. Nulle douleur, lorsque l'injection pénètre au sein même du tissu cellulaire sous-cutané. Aucune inflammation locale, aucun *nodus* n'en sont la conséquence. En un mot, lorsque le chloroforme est parfaitement pur, et exempt d'acide, cette petite opération est d'une innocuité aussi absolue que possible.

Le manuel opératoire est exactement identique à celui des injections morphinées. On introduit sous la peau 10, 15, 20, 25 gouttes de chloroforme, une ou deux fois par jour, suivant les cas.

Reste à bien définir le mode d'action, le *cur, quare*, de ce nouvel analgésique. Naguère (1) on avançait que les injections d'eau claire jouissaient du bénéfice de calmer les douleurs. Le chloroforme agit-il en tant que chloroforme, ou en tant que liquide pur et simple? La lumière, espérons-le, ne tardera pas à être faite sur ce point de détail intéressant à connaître.

(1) V. le n° du 17 septembre 1876 de la *Revue*, p. 466.

(1) V. le n° du 15 décembre 1876 de la *Revue*. p. 657.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Ablation de l'utérus et des deux ovaires, dans un cas de fibrome utérin très-douloureux et d'un énorme volume (2).

OPÉRATION. — La malade, maintenue sur son lit de misère, est placée en face d'une croisée, dans les meilleures conditions d'éclairage. M. Péan s'assied sur une chaise, entre les jambes de la patiente.

Par une première précaution, il pratique le cathétérisme. Puis, à l'aide d'une longue sonde en S, il s'assure que la vessie n'est pas située au voisinage de la paroi abdominale hypogastrique, et que, partant, il n'est pas exposé à la rencontrer dans sa section.

(2) Suite. Voir le numéro du 1er décembre.

Précaution prise de passer le rasoir le long de la ligne blanche, pour enlever tous les poils, quelques fins qu'ils fussent, qui eussent pu entraver l'action du bistouri, M. Péan, avec une plume et de l'encre, trace la ligne que doit suivre l'instrument tranchant. Cette ligne dessine un demi-cercle autour de l'ombilic, qui doit être respecté. Cette ligne descend presqu'au niveau du pubis, et remonte à quelques centimètres de l'épigastre.

S'armant d'un bistouri droit, le chirurgien incise ensuite, en plusieurs temps, toute la paroi abdominale, en contournant l'ombilic, selon la longue ligne sinueuse tracée à l'encre. Il traverse une couche de tissu cellulaire d'une grande épaisseur, et ouvre de nombreux vaisseaux, sur l'embouchure desquels il pose successivement autant de pinces hémostatiques.

Il arrive bientôt au péritoine. Après l'avoir soulevé avec une pince, il l'incise avec des ciseaux, et prolonge, sur le doigt, son incision par en haut et par en bas, dans une longue étendue, jugée nécessaire par le volume de la tumeur, qui apparaît entre les lèvres de cette vaste plaie.

Pour faire sortir cette tumeur, voici comment et avec quelles précautions procède M. Péan.

Entre la partie apparente de la tumeur et les lèvres de la plaie, sont appliquées des serviettes fines, ayant pour objet de prévenir la sortie des intestins et de s'opposer à l'introduction du sang dans la cavité péritonéale.

Une longue et forte aiguille courbe, pourvue d'un chas à son extrémité libre, est enfoncée de bas en haut au sein de la tumeur. Un fil de fer recuit, engagé dans le chas, par un mouvement en sens inverse de l'aiguille, est ramené en dehors. Le plein du fil métallique est coupé avec une pince coupante, l'aiguille, devenue libre, est retirée, et les deux chefs sont réunis et légèrement entortillés, pour être bientôt utilisés.

Une seconde anse métallique est ensuite appliquée, de la même façon, auprès de la première, en vue de donner plus de sûreté à la prise.

C'est avec de grandes précautions que le chirurgien utilise ces deux anses, pour effectuer des tractions sur la tumeur, qu'il a beaucoup de peine à entraîner au travers d'une ouverture dont il a eu le soin de restreindre autant que possible l'étendue. Dans ce temps délicat de l'opération, il fait tous ses efforts pour éviter de déchirer le péritoine, car cet accident peut entraîner de graves conséquences.

La tumeur est entraînée au dehors. Elle a le volume d'une forte tête d'adulte. Elle est de couleur brun foncé, avec quelques vascularisations superficielles. Elle est parsemée de larges plaques blanches, signes révélateurs des péritonites partielles, qui ont occasionné tant de souffrances à la malade.

Deux fortes broches courbes sont enfoncées à la base et au travers de la tumeur. Les manches de ces transforateurs, d'une part, sont à mesure retirés; d'autre part, on applique aussitôt deux bouchons de liége sur les pointes, afin d'éviter leur action vulnérante sur les mains de l'opérateur et de ses aides.

En avant de ces deux broches, destinées à limiter en arrière l'action du lien constricteur, est passée une anse de fil de fer recuit résistant, qui est adaptée à un fort serre-nœud. La base de la tumeur est fortement étreinte, pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie.

S'armant alors d'un couteau à amputation, M. Péan pratique une incision cruciale sur le corps de la tumeur, dont il enlève successivement d'épaisses tranches, qu'il dépose dans une cuvette placée, à cet effet, sur ses genoux.

Lorsque la moitié environ de cette énorme masse est enlevée, la cavité utérine devient visible. Elle eût pu contenir un petit œuf de poule. Elle siégeait manifestement à la partie centrale de ce volumineux fibrome.

Après l'ablation de chaque tranche, deux aides, avec des éponges, abstergent le sang qui s'écoule de la surface de section et posent, sur la lumière des vaisseaux ouverts, des pinces hémostatiques en grand nombre.

Les précautions les plus minutieuses sont toujours prises, pour empêcher le sang de pénétrer dans le péritoine. Dans ce but, les serviettes entourant le pédicule sont maintenues fortement appliquées contre les lèvres de la plaie abdominale, et quelques éponges sont appliquées dans les intervalles suspects.

La masse de la tumeur est enlevée. Il ne reste plus qu'un pédicule épanoui en dehors, sous la forme d'un champignon de 0m12 à 0m15 de diamètre. Les deux ovaires sont apparents. Leur volume égale celui d'un petit œuf de poule. Ils ont une couleur violacée, qui traduit une évidente altération. En effet, on n'a pas tardé à reconnaître qu'ils étaient comme farcis de petits kystes.

Les deux fils métalliques qui ont servi à entraîner la tumeur en dehors de la cavité abdominale ont été enlevés, avec les couches fibreuses successivement sectionnées. Un grand nombre de pinces hémostatiques l'ont été également.

Pour opérer la section des ovaires, il importe d'opérer une striction plus exacte et plus énergique du pédicule, afin d'éviter toute effusion de sang.

M. Péan passe d'avant en arrière, en arrière aussi du premier anneau métallique constricteur, un double fil de fer, qui permet, à l'aide de deux serre-nœuds, de morceler en deux fragments le pédicule, et d'opérer une striction plus exacte. Les anses une fois serrées, le chirurgien, à coup de ciseaux, enlève les ovaires et une nouvelle portion du pédicule.

Le champignon pédiculaire est réduit à une masse dont le diamètre est réduit à 0,06. Alors commence un nouveau temps assez délicat de l'opération. Il s'agit de fermer la vaste plaie abdominale.

Laissant en place les linges destinés à mettre obstacle à l'infiltration du sang dans la cavité abdominale, et à empêcher l'issue des intestins, M. Péan, à l'aide de longues broches en fer, traverse, à un intervalle de 0,04 environ, les deux parois de l'abdomen, sans se préoccuper du péritoine. La double transfixion effectuée, les pointes des broches, au nombre de quatre, sont successivement enlevées à l'aide d'une pince coupante. Pendant que des aides affrontent, avec leurs mains agissant en sens contraire, les bords de la plaie, le chirurgien jette autour des broches quelques tours de fil ciré, qu'il arrête ensuite avec un double nœud.

Pour compléter cette occlusion, plusieurs épingles sont posées dans l'intervalle: un fil ciré est jeté d'une épingle à l'autre, le tout constituant une longue suture entortillée.

Cette manœuvre a été assez difficile, en raison de l'abondance du tissu cellulaire, très-lâche, tendant toujours à faire hernie entre les lèvres de la plaie. Ainsi que le fait observer M. Péan, ces ventres gras sont très-difficiles à fermer.

Une opération accessoire, très-délicate, a été de retirer les linges emprisonnés derrière la suture. Pour faciliter leur extraction, il a fallu, à diverses reprises, soulever la paroi abdominale, à l'aide de fils passés sous les broches, à leurs deux points d'émergence.

M. Péan, depuis longtemps, a renoncé au clamp, à cause de ses dangers. Pour maintenir en place le pédicule, il le comprime fortement à l'aide de deux broches, formant autant de sutures entortillées, et situées l'une en haut, l'autre en bas du pédicule. Il est des cas où il juge convenable d'en transfixier en même temps ce dernier.

Reste un dernier temps à effectuer. Pour se mettre tout à fait à l'abri d'une hémorrhagie consécutive, M. Péan éteint deux fers rouges sur le champignon pédiculaire, précaution prise de le circonscrire avec soin avec des com-

presses de linges mouillés, pour éviter l'adustion des parties voisines.

L'opération est terminée. Durant le cours de son exécution, plus de vingt pinces hémostatiques ont été appliquées. Il n'a pas été posé une seule ligature.

Reste le pansement qui est des plus simples.

Une large bande de flanelle est passée sous la malade. Une couche d'ouate fine très-épaisse est disposée sur la paroi abdominale, puis maintenue au moyen de la bande de flanelle, arrêtée au moyen de quelques épingles d'enfant.

Les lacs qui fixaient les poignets au lit de misère sont détachés ; les jambes sont dégagées de leurs gouttières, qui sont aussitôt enlevées ; des aides soulèvent le cadre lit, avec lequel ils transportent sur son lit définitif la malade, dont M. Péan soutient les membres inférieurs. Une fois déposée sans secousse sur sa couche, le cadre-lit est, à son tour, retiré de sous elle, avec de grandes précautions.

L'opération, commencée à midi un quart, est terminée à une heure et demie. Elle a donc duré une heure un quart.

Pendant tout ce temps, la malade a été tenue sous l'influence des vapeurs chloroformiques. Elle n'a enduré aucune souffrance.

Aucun accident n'est survenu au cours des quatre premiers jours qui ont suivi cette grave opération, période éminemment critique. Le cinquième jour, la malade mangeait sa première cottelette. Le pédicule, pansé avec de l'alcool fortement mélangé de perchlorure de fer, est tombé le septième jour. Le quinzième, la malade a commencé à se lever. Le vingt-et-unième, elle a quitté l'établissement, pour s'en retourner chez elle, parfaitement guérie.

Dr A. Didier.

M. le Dr Didier a assisté, ces jours derniers, à l'ablation d'un énorme kyste encéphaloïde de l'ovaire, effectuée par M. Péan. Notre aimable collaborateur a bien voulu nous en promettre la relation. Cette relation offrira d'autant plus d'intérêt à nos lecteurs, que le fabricant a mis gracieusement à notre disposition les clichés des instruments spéciaux, utilisés par l'éminent opérateur, pour la pratique de l'une des opérations les plus graves et les plus compliquées de la chirurgie. (*N. d.r.*

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE & ÉTRANGÈRE

Rétroversion utérine à trois mois et demi de grossesse. — Réduction. — Procédé d'aspiration.

Le mode de réduction auquel le Dr Massart, de Honfleur attribue, en partie, le succès de sa manœuvre mérite, ne fût-ce que par la singularité, les honneurs de la reproduction. Nous empruntons donc au compte-rendu du *Congrès du Havre* (*in Mouvement médical*), la partie de l'observation qui a trait au procédé en question. On pourra trouver ce procédé tout au moins étrange. Mais, on ne saurait le contester; il est assez rationnel à titre d'adjuvant. Il présente de plus cet avantage que l'on peut trouver en tous lieux... l'*objet indispensable*, dont notre confrère à su tirer un si bon parti.

Il s'agit d'un cas de rétroversion de l'utérus à trois mois et demi de grossesse; déplacement contre lequel ont échoué plusieurs tentatives de réduction.

En pratiquant le cathétérisme, dit M. Massart, je vidais l'urine dans un énorme vase de nuit ; et je pensais tou-

à coup qu'il pourrait m'être bien autrement utile que pour y verser des urines. Je me rappelais avoir entendu dire qu'en Bohême et également en Normandie, certains sorciers guérisseurs avaient l'habitude, pour guérir les maladies de matrice, d'appliquer sur le ventre de leurs malades, en Bohême une grande marmite en cuivre, en Normandie un de ces pots en terre que l'on met dans les chaufferettes, et dans lesquels ils plaçaient préalablement quelques charbons chauds; j'avais entendu affirmer par les plus crédules qu'ils guérissaient, et par d'autres, qu'ils soulageaient momentanément les malades. Comme, en définitive, il n'y a pas de fumée sans feu, je pensais que le vase faisant ventouse, allégeait le poids du paquet intestinal sur l'utérus. Si donc, au moyen de ce grand vase de nuit, je peux avoir une aspiration assez forte pour y faire entrer une partie du ventre, entraînant avec elle une certaine quantité du paquet intestinal, je soustrairai l'utérus rétroversé à une pression très-grande, et je pourrai alors avoir d'autant plus de facilité pour la réduction.

Donc, après le cathétérisme et de nouveaux essais de réduction tout aussi impuissants que ceux des jours précédents, je fais mettre la malade dans la station debout, je prends comme ventouse le vase de nuit, et après y avoir fait flamber quelques feuilles de papier je l'applique sur le ventre qui s'y précipite : l'aspiration est telle que le vase tient seul collé sur le ventre, malgré la position verticale et son propre poids.

Alors j'introduis deux, trois doigts, puis toute la main droite dans le vagin; j'essaie de pousser avec le poing fermé, vers la gauche et en avant l'utérus dans lequel je sentais mes doigts pénétrer comme dans un tissu œdématié; mais de cette façon je ne suis pas complétement maître de retenir ma force, ni d'imprimer exactement à l'utérus la direction que je veux lui donner. Après quelques instants d'essais infructueux, mais pendant lesquels je sens néanmoins la possibilité de faire mouvoir l'utérus; de plus, la main droite étant fatiguée, la crampe commençant à envahir le poignet, je remplace la main droite par la gauche, j'en présente la face palmaire vers l'utérus; je saisis à pleine main la partie postérieure du globe utérin, je le pousse vers l'hypochondre gauche et en l'abaissant quelque peu pour le dégager de dessous le promontoire sous lequel je le sens en quelque sorte calé, puis en avant, par une pression lente et continue; au bout d'un instant, je sens l'utérus se déplacer, le cul-de-sac postérieur s'agrandir; puis continuant le mouvement d'impulsion, je sens manifestement l'utérus *échapper* de dessous le promontoire et continuer seul son mouvement de bascule en haut et en avant.

La malade en a conscience et s'aperçoit que, *dans l'intérieur, il y a quelque chose qui a changé de place.*

Je cherche mon col, que je trouve à sa place, un peu en avant, je peux y introduire la première phalange, et il présente les signes de grossesse de trois mois et demi à quatre mois. Les culs-de-sac sont normaux, dans le rectum on ne sent plus de tumeur saillante; je sens par le toucher l'angle sacro-vertébral proéminent. La palpation du ventre indique l'utérus développé comme il doit l'être à cette époque de la grossesse.

La grossesse a suivi son cours, et l'accouchement s'est effectué heureusement à terme.

Des réflexions qu'inspire à l'auteur cette intéressante observation, nous ne relevons que celles qui se rattachent au procédé *par aspiration.*

Le procédé manuel *seul*, dit M. Massart, n'a pas réussi; l'aspiration *seule* aurait-elle eu plus de succès! Je ne le crois pas. Le fond de l'utérus était en quelque sorte enclavé sous le promontoire; pour l'en dégager, il a fallu le diriger avec la main; l'aspiration a été très-utile en soustrayant l'utérus à la pression des viscères, augmentée des efforts d'expulsion que la douleur fai-

sait faire à la malade; je n'avais pas pu obtenir le même résultat, même en plaçant la malade sur les genoux et sur les coudes. Pour que ce procédé puisse être utilement employé, il faut que l'ouverture du vase soit assez grande pour couvrir presque toute la surface du ventre, et que le ventre soit assez développé pour que le vase y adhère.

Le procédé est applicable toujours, partout, et sera toujours accepté par les malades.

Du traitement de l'épilepsie et de l'éclampsie par des injections sous-cutanées d'atropine, par le professeur R. Demme, de Berne. (*Jahrbuch fuer Kinderheilkunde.*) — Tous les cas d'épilepsie et d'éclampsie idiopathique chronique qui ont été observés à l'hôpital Jenner, pendant l'année 1876, ont été, en dernier lieu, soumis aux injections sous-cutanées d'atropine, après l'insuccès bien constaté des autres modes de traitement antérieurement employés. Sur cinq épileptiques, deux peuvent être regardés comme complètement guéris; deux étaient encore en traitement à la fin de l'année; un a été renvoyé non guéri. Les deux malades qui ont guéri étaient affectés depuis peu de temps. Des quatre enfants atteints d'éclampsie idiopathique chronique, qui ont été également soumis à des injections sous-cutanées d'atropine, trois ont guéri et un a succombé à une pneumonie lobulaire étendue intercurrente.

L'auteur emploie, pour ces injections, une solution de 0,1 de sulfate neutre d'atropine pour 10 grammes d'eau distillée. La seringue de Pravaz-Luër contenant 9 décigrammes de liquide : chacune de ses quarante-cinq divisions correspond assez exactement à 0,02 de solution titrée.

Les cinq épileptiques présentaient tous un *aura* épileptique, généralement d'assez longue durée. Autant que possible, les injections ont été faites au début de cette *aura;* dans les cas où elle s'est trouvée trop courte, on a fait une injection d'abord chaque matin, puis matin et soir. L'injection quotidienne a toujours été, au début, de un dixième du contenu de la seringue Luër, soit 0,001 de sulfate d'atropine. Les injections ont été faites alternativement au bras droit et au bras gauche. Pratiquées au commencement de l'*aura,* les injections n'ont pas empêché la production de l'accès d'épilepsie. Parfois ils ont eu pour effet de le retarder de quelques heures, atténuant néanmoins toujours l'intensité des paroxysmes. Quand l'emploi des injections d'atropine a eu un effet curatif complet, le résultat s'est montré généralement dès les premières tentatives, par la suspension des accès. Néanmoins, il est d'autres cas dans lesquels il a fallu porter la dose d'atropine à 0,002, et l'employer à cette dose matin et soir, pour obtenir une amélioration marquée, ou finalement un effet se rapprochant de la guérison.

Thermo-trachéotomie. — M. de Saint-Germain donne lecture, à la *Société de chirurgie,* d'un rapport sur une observation déjà ancienne adressée par M. Krishaber. Le malade était un homme de cinquante-huit, ans qui éprouvait depuis quatre ans une certaine gêne de la respiration. Depuis dix mois, la dyspnée était devenue plus considérable, parfois même le malade avait de la suffocation. M. Isambert avait reconnu la présence d'un polype qu'il ne put extraire. Lorsque le malade vint consulter M. Krishaber, il présentait une végétation énorme qui remplissait presque la cavité laryngienne. La tumeur fut lardée avec le couteau galvano-caustique et fut extraite par lambeaux. Mais le cinquième jour, la dyspnée reparut, causée alors par de l'œdème, et, le douzième jour, l'état ne s'améliorant pas, la trachéotomie fut pratiquée. M. le rapporteur fait observer que cet homme étant excessivement maigre, on n'a pu ob-

server sur lui cette fusion du tissu adipeux à laquelle il faut attribuer l'étendue des brûlures faites par le thermocautère. D'ailleurs, M. Krishaber n'a pas procédé, comme d'habitude, par section rapide et successive des couches de la région cervicale, mais par des ponctions de courte durée qui ne l'ont pas mis cependant à l'abri de l'hémorrhagie, car, deux jets de sang ont dû être arrêtés avec des pinces hémostatiques. Les suites de l'opération ont été des plus simples : le malade a guéri sans aucun accident consécutif. Mais M. de Saint-Germain ne pense pas que ce fait doive être compté absolument à l'actif de la thermo-trachéotomie.

Injection sous-cutanée d'alcool, par M. Winsor. — L'auteur cite l'observation d'un enfant qui, suivant toutes les probabilités, se trouvait sous l'influence d'un narcotique, de l'opium présume-t-on, donné à une trop forte dose. Ni les sinapismes Rigollot, ni les enveloppements humides ne ramenant l'enfant à la vie, on eut recours à une injection sous-cutanée d'alcool dans les proportions de trois gouttes de rhum sur six gouttes d'eau. Un mieux sensible se manifesta sous l'influence de ce stimulant. L'enfant commença à respirer et la circulation reprit son jeu. Dix minutes après, le petit malade peut avaler tout ce qu'on lui présente. Mais cinquante minutes plus tard, l'influence délétère fait de nouveau sentir son action. On recommence l'injection alcoolique ; le succès ne se fit pas attendre. Deux autres injections deviennent encore nécessaires, mais alors les symptômes du narcotisme ne se renouvelèrent plus, et la santé du petit malade ne laisse plus rien à désirer.

(*Un. Méd. du Canada.*)

Sur quelques dangers de l'administration des préparations salicylées. — M. Gubler rappelle d'abord que quand on donne de l'acide salicylique on peut observer deux effets absolument inverses de ce médicament sur la sécrétion urinaire. Si le rein est sain, il augmente la diurèse ; s'il est malade, congestionné ou enflammé, par exemple, il la diminue. Dans le premier cas, il agit à la façon des sels neutres, dans le second il exagère l'hypérémie et met obstacle au fonctionnement de la glande. Mais ce médicament a une autre action plus profonde, si l'on peut ainsi dire, sur le rein, action que M. Gubler vient d'observer chez deux malades : il est capable de rendre les urines albumineuses. Ces malades, affectés de rhumatisme, étaient soumis à l'usage du salicylate de soude à doses modérées. Tout d'abord ils eurent de l'oligurie, puis l'urine devint albumineuse. On cessa l'administration du médicament, la diurèse redevint abondante et l'albumine disparut.

La conséquence à tirer de ces observations, c'est qu'il faut être réservé dans l'emploi des préparations salicyliques chez les sujets qui ont les reins malades. (*Journ. de Thérap.*)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Sirop pour Dentition

Suc de Tamarin frais.....	6 gr.	»
Infusion de Safran.....	4	»
Miel blanc épuré.....	20	»
Teinture de Vanille.....	»	50

1 gr. 50 de Safran frais, pour faire 50 grammes d'infusion.

Opiat

Cubèbes pulvérisés.....	30 gr.	»
Sucre pulvérisé,.....	30	»
Baume de Copahu.....	40	»
Opium pulvérisé.....	»	50
Carbonate ferrique.....	20	»

Mixture rubéfiante anodine (Potain)

Huile de Croton.....	1 gr.	»
Huile d'Amandes.....	10	»

10 gouttes étendues sur la peau chaque jour au moyen du doigt dans la bronchite chronique.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, etc., par MM. Bouchut et Desprès (1).

MM. Bouchut et Desprès viennent de faire paraître la troisième édition de leur magnifique ouvrage. Le succès de l'œuvre de ces deux maîtres, malgré son prix qui, de prime-abord, pourrait sembler un peu élevé, trouve sa raison dans sa grande utilité pratique. Ce beau volume est une véritable encyclopédie des sciences médico-chirurgicales. Il constitue un résumé complet, par ordre alphabétique, si propre à faciliter une prompte recherche, des pratiques de la médecine, de la chirurgie, des accouchements, de l'art dentaire, de l'oculistique, de l'électrisation médicale, de la médecine opératoire, de la thérapeutique, de la matière médicale et des eaux minérales. Son épigraphe « *multa paucis* » se trouve donc parfaitement justifiée.

Est-il besoin de faire ressortir l'étendue des services que peut rendre un tel ouvrage, édifié par deux de nos plus savants maîtres? Se présente-t-il, dans la pratique, un cas embarassant; a-t-on besoin d'un renseignement immédiat, sur tel ou tel procédé opératoire, sur tel ou tel mode de traitement, sur tel ou tel agent de la matière médicale, sur telle ou telle station thermique, etc.? On n'a qu'à ouvrir le précieux livre de MM. Bouchut et Desprès, et, sans aucun délai, on est sûr d'y rencontrer le renseignement désiré.

Malheureusement, le meilleur des livres n'est jamais parfait. Il y aurait à signaler, dans celui-ci, quelques regrettables lacunes. Mais l'étendue d'un volume unique, eût-il, comme celui-ci, 1559 pages à deux colonnes, grand format, doit-elle encore avoir ses limites. Cependant, comme succès oblige, espérons que, dans la prochaine édition, les savants auteurs auront à cœur de combler un certain nombre de desiderata, et de tenir ce véritable monument à la hauteur des progrès scientifiques accomplis dans ces dernières années.

Quoi qu'il en soit de ces lacunes, le dictionnaire de médecine et de thérapeutique n'en est pas moins une des œuvres les plus utiles de notre époque. Il supplée, à lui seul, à un grand nombre d'ouvrages. Nous ne saurions donc trop engager nos confrères à se procurer ce précieux guide, convaincu que, malgré un prix peut-être un peu élevé pour une bourse légère, (prix bien minime, cependant, si l'on tieut compte de l'étendue d'une telle œuvre, du nombre considérable des figures qui y sont intercallées, du soin particulier que l'intelligent éditeur a su donner à cette superbe édition), il serait, en somme, bien difficile d'opérer un placement plus avantageux. B.

(1) Un très-fort volume de 1559 pages à deux colonnes, avec 906 figures. Chez Germer-Baillière. Prix : 25 fr.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1877
Présidence de M. Bouley.

Séance très-courte et à peu près dépourvue d'intérêt pratique.

Tout s'est passé en rapports de prix et en lectures en comité secret.

L'Académie a reçu de M. Péan une brochure intitulée : *Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase.*

Séance du 27 novembre 1877.

Présidence de M. Bouley.

Sur les divers procédés d'amputation et de désarticulation. — M. Verneuil a pratiqué quatre fois la désarticulation coxo-fémorale. Il a perdu ses premiers malades ; il a eu le bonheur de sauver le quatrième, et il attribue son succès au procédé opératoire qu'il a suivi et au mode de pansement qu'il a adopté.

Dans son opinion, la plupart des blessés qui succombent à la suite de cette grande opération, sont enlevés par la perte trop considérable du sang ou par la septicémie. Ils meurent exangues ou empoisonnés. Il faut donc recourir à un mode opératoire qui prévienne le premier de ces accidents et un mode de pansement qui s'oppose au second.

Pour ménager le sang de son malade, M. Verneuil procède à l'ablation de la cuisse, comme s'il s'agissait d'enlever une tumeur volumineuse. Il abandonne le couteau pour le bistouri et divise les tissus couche par couche, en liant les rameaux au moment où il les découvre avant de les ouvrir.

Pour prévenir la septicémie, M. Verneuil, au lieu de rapprocher les parties molles jusqu'au contact, les étale dans toute leur étendue. Il ouvre la plaie le plus largement qu'il peut, dans le but d'éviter les anfractuosité, les angles, les recoins, dans lesquels les liquides peuvent séjourner. Il lui faut une large surface plane, afin de pouvoir la panser à plat comme un vésicatoire.

Dans l'opinion de M. Rochard, il est impossible de revenir d'une façon plus radicale aux anciens errements de la chirurgie. Ce n'est pas seulement la réunion secondaire, c'est la désunion complète que préconise M. Verneuil. Il ne propose, il est vrai, son mode de pansement que pour la désarticulation de la hanche; mais, dans son esprit, la réunion immédiate est condamnée en principe. C'est elle que vient défendre M. Rochard.

Depuis l'époque où Roux, à son retour d'Angleterre, naturalisa en France cette méthode, divers perfectionnements lui ont été apportés.

A la fin de 1859, à l'hôpital de Saint-Mandrier, MM. J. Roux et Arlaud joignirent à la réunion immédiate la suture entrecoupée. Sur 22 désarticulations qu'ils pratiquèrent de cette façon, ils n'eurent pas à déplorer un seul décès.

Le 22 mai de cette année, le docteur Azam (de Bordeaux) a fait connaître un nouveau mode de pansement des plaies d'amputation, destiné à la rendre bien plus complète encore. Cette méthode, basée sur l'emploi du drainage profond, de la suture profonde et de la suture superficielle, affronte exactement toutes les parties et ne laisse au fond de la plaie qu'un étroit canal rempli *par le drain*.

Enfin, M. Alphonse Guérin est allé plus loin encore dans cette voie, et l'a fait avec le même succès, en inventant le pansement ouaté, qui a constitué un progrès si réel et si peu contesté, et qui rend chaque jour tant de services dans les hôpitaux d'une salubrité douteuse.

En résumé, dit en terminant M. Rochard, si le procédé fait rentrer les amputations dans la règle ordinaire des opérations et qui consiste à diviser les tissus successivement et couche par couche, en liant les vaisseaux au fur et à mesure et avant de les ouvrir, me semble constituer un véritable progrès, en revanche, le pansement ouvert me fait l'effet d'un pas en arrière.

M. Maurice Perrin n'oserait jamais conseiller de recourir à la méthode préconisée par M. Verneuil. Il croit qu'il vaut mieux revenir aux anciens errements, tout en les modifiant dans la nature du possible.

Séance du 4 décembre 1877

M. le président annonce la mort de M. Barth, membre de l'Académie de médecine, qu'il a présidée, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, président de l'Association des médecins de la Seine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, commandeur de la Légion d'honneur. Il propose à l'Académie, qui accepte, de ne pas tenir séance aujourd'hui.

CHRONIQUE & MISCELLANÉES

Concours des prix de l'internat. — Deuxième division (internes de 1re et 2e année). Voici quelles ont été les questions orales : Pathologie externe : *Plaies des articulations.* — *De l'anévrysme poplité.* — Pathologie interne : *Signes et diagnostic de la péricardite.*

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : *Médaille d'argent* : M. Gilles, interne à l'hôpital Saint-Louis. — *Accessit* : M. Saint-Ange, interne à la Pitié. — 1re *mention* : M. Bide, interne à l'hôpital des Enfants malades. — 2e *mention* : M. Routié, interne à l'Hôtel-Dieu.

***

M. Hamon (Ad.), docteur-médecin, vient d'être nommé prosecteur à l'École de médecine de Rennes.

***

Allaitement maternel dans la Colombie. — Le Dr André Posada-Aranjo adresse au président de la Société protectrice de l'enfance de Paris, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Il n'y a en Colombie ni loi, ni société protectrice de l'enfance. La profession de nourrice n'existe pas ici. Toutes les femmes, les riches comme les pauvres, ont l'habitude de donner le sein à leurs enfants, jusqu'à l'apparition des symptômes d'une nouvelle grossesse, ce qui arrive ordinairement au neuvième mois. En sorte que chaque enfant est de dix-huit mois plus âgé que celui qui vient après. Il y a pourtant beaucoup de femmes qui accouchent tous les onze mois d'enfants qui se portent bien. L'allaitement ne s'oppose nullement à la procréation. Chaque mariage produit ici (État d'Antioqua, dans la Colombie) ordinairement 10, 12, 15 enfants. Il y a une dame qui a eu 34 enfants, qui vivent (elle avait eu quelques accouchements de jumeaux). Ses descendants, jusqu'aux arrière-petits-fils, forment un gros chiffre. Je connais aussi un homme qui s'est marié trois fois. Il compte déjà 51 enfants, et comme sa femme actuelle est encore jeune, il pourra peut-être arrivé à 60 enfants.

On doit remarquer que les femmes d'ici se marient de bonne heure, à 13, 14, 16 ans. Elles ont la première menstruation à 13 ou 14 ans.

Je suis certain que le genre de nourriture n'est pas sans influence sur la fécondité proverbiale de nos femmes. Le maïs en forme la base, et j'ai remarqué l'influence de ce grain sur la ponte des poules et sur les cochons femelles.

***

École pratique. — Le Dr H. Picard continuera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, à partir du lundi 3 décembre, les lundis, mercredis et vendredis à huit heures du soir, amphithéâtre n° 9 de l'École pratique, au lieu des mardis, jeudis et samedis.

***

Bulletin des décès dans la ville de Paris (Population, 1,986,748 habitants). — *Du* 15 *au* 22 *novembre*, on a constaté, 805 décès ainsi répartis : variole, 0 ; rougeole, 14 ; scarlatine, 0; fièvre typhoïde, 25 ; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 26 ; pneumonie, 53; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 9 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 : angine couenneuse, 26 ; croup, 14 ; affections puerpérales, 1 ; affections aiguës, 220 ; affections chroniques, 352 (dont 145 dus à la phthisie pulmonaire) ; affections chirurgicales, 41; causes accidentelles, 27.

Du 22 *au* 29 *novembre*, 883 décès ainsi répartis : variole, 1; rougeole, 13; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 25; érysipèle, 3 ; bronchite aiguë, 45; pneumonie, 68 ; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des enfants, 10 ; choléra infantile, 0 ; choléra, 0 ; angine couenneuse, 27 ; croup, 19 ; affections puerpérales, 9 ; affections aiguës, 226 ; affections

chroniques, 372 (dont 158 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 34; causes accidentelles, 26.

Du 29 novembre au 6 décembre, 888 décès ainsi répartis : variole, 0; rougeole, 14; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 22; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 53; pneumonie, 63; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des enfants, 5; choléra infantile, 0; choléra, 0; angine couenneuse, 26; croup, 24; affections puerpérales, 2; affections aiguës, 250; affections chroniques, 354 (dont 134 dus à la phthisie pulmonaire); affections chirurgicales, 46; causes accidentelles, 19.

***

Nécrologie. — Les morts vont vite. Nous avons vu, dans quelques semaines, disparaître l'aimable *Munaret*, le savant *Bouvier*. *Barth*, l'ami et le médecin de Thiers, à l'âge de soixante-douze ans, vient à son tour de quitter la scène du monde. *E. Gintrac*, l'une des illustrations de la médecine bordelaise, vient aussi de succomber subitement le 4 décembre dernier. C'est ainsi que chaque jour s'éclaircissent les rangs de cette glorieuse phalange de praticiens, qui ont porté si haut l'honneur de la médecine française!

AVIS.

Nous avons le regret de faire connaître à un certain nombre de confrères, qui nous en ont fait la demande, que l'édition du *Testament médical* est complétement épuisée.

Le bon accueil qui a été fait à cet ouvrage, bien que resté inachevé, engage aujourd'hui l'auteur à le reprendre, pour le compléter. De temps à autre, et avec toute la discrétion convenable, les lecteurs de la *Revue* trouveront donc, dans ses colonnes, quelques chapitres originaux sur la *médecine des expédients*.

Ce ne sont pas seulement les praticiens des petites localités qui seront à même de bénéficier d'une telle lecture. Les patriciens de la profession, ceux qui exercent l'art de guérir dans les grands centres de populations pourront, eux aussi, y trouver des indications non moins utiles. On aurait tort de croire, en effet, que, dans les villes, les ressources se trouvent sous la main aussi faciles, aussi abondantes qu'on pourrait le souhaiter. Or, pour faire une bonne médecine, il est indispensable de pouvoir disposer des éléments d'action nécessaires. Pour faire vite et bien, pour éviter la perte d'un temps précieux (*the thimes is money*, disent avec raison nos voisins, gens éminemment pratiques), il faut que ces éléments soient simples, d'un maniement facile, susceptibles d'applications aussi multiples que possible, de nature, enfin, à ménager aux praticiens des instants qui sont comptés.

Tel a été le but que s'est proposé l'auteur du *Testament médical*, qui s'est efforcé de justifier de son mieux l'épigraphe placée en tête de son ouvrage : *Multa cum paucis...*

Boîte aux lettres.

N° 4173. — M. le Dr R..., à Lanc. — Prière de vouloir bien nous adresser, en timbres-poste, le prix de la brochure qui vous a été adressée.

N° 6084. — M. le Dr B..., à P... (Italie). — La sonde à double courant intérieur du Dr Smith de Moscou, se trouve chez M. Aubry, fab. d'inst. de chir., boulevard Saint-Michel, 6.

N° 4162. — M. le Dr B. (Marseille), c'est entendu, mais veuillez ne pas nous oublier.

Les abonnements à la *Revue de thérapeutique* partant du 1er janvier, nous prions nos abonnés de songer au renouvellement, afin de prévenir tout retard dans l'envoi du journal.

Le meilleur mode de paiement consiste en un bon sur la poste, dont le talon tient lieu de quittance.

Le Rédacteur en chef, gérant.
Dr HAMON (DE FRESNAY.)

Paris. — Imp. Balitout, Questroy et Cie, 7, rue Baillif.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1877

A

Abcès (ouverture des), 288 — Coagulation du pus, 276 — du cerveau; trépanation, 129 — du foie; aspiration pneumatique, 214 — inguinal double, 199 — ossifluents; phosphate de chaux, 174 — péri-osseux de l'utérus, 366.
Abdomen (plaie de l'), 133.
ABEILLE. Maladies de l'utérus, 329. — Rétroversion avec prolapsus, 404.
Ablation des amygdales, 628. — Corps étranger dans le pharynx, 526. — Épithéliome du voile du palais, 629 — du maxillaire supérieur, 584. — Tumeur de la luette, 628 — de l'utérus et des deux ovaires, dans un cas de fibrôme utérin douloureux, 629, 650.
Abortif (un) violent, 138.
Abyssinie. Comment on y mange, 613.
Académie de médecine, 80. — Bibliothèque, 138 — de Madrid, 221.
Accouchement. Chloroforme, 607 — prématuré artificiel, 246.
Acide cyanhydrique; coqueluche, 143 — phénique; coqueluche, 458; névralgies, 356; phthisie, 74 — salicylique, 387, 413, 442, 499, 555, 656; rhumatisme, 355; rhume, 602 — sulfurique avalé, 49, 164.
Aconitine. Névralgie de la 5e paire, 411.
Adénite syphilitique. Injections d'iodure de potassium, 47, 213.
Affections brightiques du rein, 378 — cardiaques; blessures, 163 — saturnines; iodure de potassium et salicylate de soude, 450; courants continus, 604.
Agaric bulbeux. Empoisonnement, 637.
Aglobulie. Névralgie, 394.
Agneau (transfusion du sang d'), 463.
Aiguille dans le larynx, 241.
Air de Paris, 166 — comprimé; ses effets physiologiques et thérapeutiques, 579. — (Insufflation d'); tumeurs, 128.
Albuminurie, 401, 431, 450, 646.
Alcalins (les) dans l'économie animale, 581.
Alcaloïdes dans l'urine, 73.
Alcool. Délire, 176 — en injection, 656; hydrocèle et kyste séreux, 482, 510. — Hygiène, 582.
Alcoolisme (l') et les cabarets, 193. — Épilepsie, 477.
Aliénation. (Force musculaire dans l'), 472. — Sels d'arséniate de fer, 345.
Alimentation des enfants atteints de catarrhe intestinal, 36.
Allaitement en Colombie, 659.
Amaurose causée par le tabac. — Strychnine, 243.
Amblyopie. Traitement, 100.
Aménorrhée. Diète lactée, 155.
Amidon. Appareil contre les fractures de la rotule, 206.
Ammoniaque. (Injection d') en cas de collapsus, 382.
Amnios. Hydropisie, 401, 431.
Amphithéâtre. (Une surprise d'), 422.
Ampoule hydrostatique du docteur Hamon, 12, 122.
Amputation de l'avant-bras, 469 — Carie du pouce, 171. — Développement du tissu osseux, 572. — (Plaie d'); pansement, 240. — de la luette, 628. — (Sur les divers procédés d'), 658.
AMUSSAT. Bougies métalliques, 66. — Brancards pour le transport des blessés sur les champs de bataille, 228, 260, 290. — Considérations pratiques sur la galvanocaustique thermique, 597, 626.
Amygdales. Ablation, 628.
Amygdalotomie. Compression pour arrêter l'hémorrhagie, 370.
Amylnitrit, 10, 496.
Analgésique. Injections sous-cutanées, 650.
ANCELOT. Clinique médicale, 29, 57 — Fracture du fémur, 427. — Tumeur du genou, 5.
ANDRÉ. Huile de foie de morue, 209.
Anémie cérébrale. Vertiges, 393.
Anesthésie. Coqueluche, cyanose, 617. — Eau de Cologne, 75. — Procédé nouveau, 162. — Protoxide d'azote, 437. — (Révélation de l'), 99. — viscérale; accouchement, 607.
Anévrisme de l'artère poplitée, 495 — du cœur; traitement, 273.
Angine diphthéritique. Cautère au fusin, de M. Bouchut, 618.
Angiôme de la lèvre, 597.
Angustie pelvienne. Dystocie, 39.
Antéversion de l'utérus, 294, 543.
Anus (dilatation des sphincters de l'); hémorrhoïdes, 314 — (fissure à l'); pommade, 49, 60.
Aorte (rupture de l'), 133.
Apomorphine. Expectoration, 100.
Appareils au chas, 591 — Coxalgie, 395 — d'Esmarch, 457; anévrisme de l'artère poplitée, 495 — du Dr Franco (*carton et amidon*), 205 — de Richardson, 270 — (*en sac de soldat*

fracture de la clavicule, 593 — au silicate de potasse, 187, 523.
Application du téléphone à l'industrie, 557.
Arbre à pluie, 557.
Arcade palmaire (blessure de l'), 422. — Ligature, 164.
Arséniate de fer. Chlorose, 175 ; dermatose, 234, 293, 345 ; dyspepsie, 175.
Artères (état athéromateux des), 85 — poplitée ; anévrisme, 495.
Arthrite. Eaux de Royat, 356 — blennorrhagique de l'articulation temporo-maxillaire, 521.
Artichaut. Tisane, 101.
Articulation de la hanche ; fractures, 465. — Rhumatisme, 113. — temporo-maxillaire ; arthrite, 521.
Ascarides lombricoïdes expulsés par le méat urinaire, 521.
Ascites (des fausses), 620.
Asphyxie et la fumée de tabac, 523.
Aspirateur pneumatique, 48 — Abcès du foie, 214.
Aspiration. Rétention d'urine, 577. — Rétroversion utérine, 653.
Assistance publique, 24, 80, 444, 557. — Enfant brûlée vive, 221.
Asthme. Iodure de potassium, 158. — Pilules, 76.
Astigmatisme, 550.
Ataxie locomotrice, 85. — Hyperthermie, 451.
Atonie de la vessie, 271.
Atrésie du méat utérin ; éponge préparée, 355 — vaginale, 464, 634.
Atrophie musculaire, 561.
Atropine. Coqueluche, 144 — Injection, 354 ; éclampsie, épilepsie, 655. — (Valérianate d'); chorée, 267.
Attrition de la jambe et de la cuisse, 396.
Autopsie mutuelle (société d'), 139.
Avortement, 176. — Condamnation d'un médecin, 222 — criminel, 79 — Délivrance, 20 — Grossesse double, 176 — Injection de morphine, 497.
Azote (protoxyde d'). Anesthésie, 437.

B

Bactéries. Salles d'hôpitaux, 131.
Bains chauds. Hémorrhagies des femmes en couche, 631 — froids au point de vue antipyrétique, 495.
Ballon hydrostatique du docteur Hamon, 12, 122, 247.
BARON. Dragées dominiques, 92, 175, 234, 293, 345.
Bassin. Déformation due au mal de Pott, 105 — en feuille de trèfle, 246.
Baume (le) du commandeur, 591.
BECQUEREL. Traité d'hygiène, 162.
Belladone. Coqueluche, 144.
BELTZ. Injections intra-utérines, 263.
Benzoate de lithine ferrugineux. Goutte et gravelle, 154.
BÉRANGER-FÉRAUD. Dilatation du canal de l'urèthre par l'urine elle-même, 573.
Béribéri (le), 484, 512, 538, 570.
BERNARD CL. Traitement du diabète, 436.
BERRUT. Ablation du maxillaire supérieur, 584. — Amputation de l'avant-bras, 469. — Cour d'assises, 250. — Rétroversion de l'utérus, 236, 318, 348, 374.
BERTROLLE. Des lavements de vessie, 398, 425.
BERTRAND CH. Clinique médicale, 3, 169, 197. — Amygdalotomie, 370. — De la dysménorrhée, 574, 599. — Traitement de la fièvre typhoïde, 62.
BETOLDI J. Le béribéri, 484, 512, 538, 570.
BETZ. Grenouillette, 649.
Bibliographie. Art d'élever les enfants, 274. — Dictionnaire des sciences médicales, 101, 358. — Eaux de la Bourboule, 328. — Eaux minérales du Mont-Dore, 299. — Eaux de Royat, 356. — Effets physiologiques et applications thérapeutiques de l'air comprimé, 579. — Emploi du sesquibromure de fer contre la spermatorrhée, 76. — Enseignement de la médecine en Allemagne, 104. — Essai pratique sur la traction mécanique, 553. — Guide annuaire de l'étudiant, 580. — Maladies chroniques de l'utérus, 329. — Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie, 188, 330. — Traité d'hygiène de Becquerel, 162. — Traité des maladies de la prostate, 299. — Traité de thérapeutique et de matière médicale par Trousseau, 134. — Traitement et guérison de l'anévrisme du cœur, 273. — Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, 657.
Bibliothèque (la) de l'Académie de médecine, 138.
Bicarbonate de soude. Brûlure, 552.
Bière (la) et le vin dans le monde, 82.
Bistouri (le) et le thermo-cautère. Trachéotomie, 401.
BLANCHIN. Le vin de Saint-Raphaël et les vins de quinquina, 153, 208, 262, 317.
Blennorrhagie. Bougies médicamenteuses, 232. — cordée, 633. — Injection du *Capitaine*, 185. — Rhumatisme, 589.
Blennorrhée. Bougies médicamenteuses, 232.
Blessés. Secours sur le champ de bataille, 228, 260, 290.
Blessures. Affections cardiaques, 163 — de l'arcade palmaire, 422.
Boissons alcooliques (hygiène des), 582.
Bouche (tumeur de la), 597, 626.
BOUCHUT. Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, 657.
Boucle d'oreilles en cuivre, 335.
BOUDANT. Les eaux minérales du Mont-Dore, 299.
Bougies médicamenteuses. Blennorrhagies, 232, 289 — métalliques, 66.
Bourboule (eaux de la), 328.
Brancards (d'Amussat), pour le transport des blessés, hors des champs de bataille, 228, 260, 290.
Bras-avant. Amputation, 469.
BRAVAIS. Emploi du fer en médecine, 549. — Fer dialysé, 182.

Brique. Hôpitaux volants, 389 — chaude; bubons vénériens, 268.
Brise-pierre (nouveau) perforateur, 257.
BROCHARD. Art d'élever les enfants, 274. — Essai pratique sur la traction mécanique obstétricale, 553. — Suppression de la direction municipale des nourrices, 474, 502.
Brôme. Excrétion par les seins, 497.
Bromhydrate de quinine. Injection, 159.
Bromure de camphre, 552.
Bronchite. Iodure de potassium, 158.
Brûlures. Bicarbonate de soude, 552. — Moyen d'en calmer la douleur, 75 — (remède contre les), 101.
Bubons vénériens. Brique chaude, 268.
Bureau central (suppression du) d'admission dans les hôpitaux. 303, 474, 502.

C

Cabarets (les) et l'alcoolisme, 193.
Cachexie alcaline, 581. — Injections de sang défibriné, 610.
Calculs du foie. Podophyllin, 409.
Calomel. Douleurs ostéocopes, 328.
Camphre (bromure de). Potion, 552.
Canal de l'urèthre. Dilatation, 573. — Extraction d'un bout de seringue, 471. — Rétrécissement, 191, 425.
Cancer du sein, 520 — de l'utérus, 272.
Canon monstre, 418.
Carbone (sulfure de). Ulcérations de la vulve et du col de l'utérus, 324, 524.
Carcinome rectal, 590.
Carie du 2e métacarpien, 191 — Cure-dents et rince-bouche comme préservatifs, 384 — osseuse; phosphate de chaux, 174 — de la 1re phalange du pouce, 171 — du tarse; cautérisation, 481 — du grand trochanter, 509 — de la 3e vertèbre lombaire, 199.
CARPENTIER. Pelvi-péritonite aiguë, 625.
Carreau (formule contre le), 578.
Carton. Appareil contre les fractures de la rotule, 206.
Cataracte (extraction de la), 302. — Opérés ayant recouvré l'ouïe, 186.
Catarrhe intestinal des petits enfants; alimentation, 36 — nasal, 22 — de l'oreille; hydrate de chloral, 243 — utérin; ergotine, 272 — de la vessie, 454.
Cathétérisme. Orchite, 31.
Cautère. Moyen d'en empêcher la douleur, 298 — au fusin, de M. Bouchut, 618.
Cautérisation. Blessure de l'arcade palmaire, 422. — Hémorrhagie artérielle, 172 — nitrique ponctuée, 619. — Thermo-cautère, 395.
Cerveau (abcès du); trépanation, 129 — (rhumatisme du); poudre, 23.
Cervical (incitateur) hydrostatique du Dr Hamon, 12, 122.
Champ de bataille. Brancards pour le transport des blessés, 228, 260, 290.
Certificats des médecins, 54.
Chair (la) d'animaux malades comme nourriture, 497.
Champignons. Empoisonnement, 466.
Charbon et septicémie, 414, 499.
Chaux. (Phosphate de), 207, 459 — Caries osseuses, abcès ossifluents et fistules, 174. — (Sirop de chlorhydrophosphate de), 385.
Chevreau. (Peau de), 223.
CHIENE. Drainage des plaies, 237.
Chiens-morts; leur utilité, 250.
Chirurgie (la) d'armée en Turquie, 473.
Chirurgiens ambulants. Hémorrhoïdes, 73.
Chloral. (Effets hypnotiques du), 234. — Empoisonnement, 439. — (Hydrate de); catarrhe de l'oreille, 243. — Maladie vénérienne, 383.
Chlorate (le) de potasse. Catarrhe de la vessie, 454.
Chloro-anémie. Traitement, 394.
Chloroforme. Accouchement, 607. — Amylnitrit, 496. — Hémoptysie, 22. — (Mort par le), 158, 389. — Narcose, 215. — comme analgésiques, 650.
Chloroformisation, 630 — par sidération, 395.
Chlorose. Dragées dominiques, 175.
Cholagogues (les), 45.
Choléra asiatique, 637.
Chorée. Valérianate d'atropine, 267.
Cicatrices de la variole, 445.
Cirrhose du foie, 645.
Citron (jus de) et scorbut, 82, 110.
Clavicule (fracture de la), 593.
Climat (influence du) sur la marche des traumatismes, 274.
Coagulation du pus dans les abcès, 270.
Cochenille. Coqueluche, 144.
Codéine (sirop de). Névralgie, 394.
Cœur (anévrisme du), 273 — (dégénérescence du), 86. — Nouveau poison, 371.
Coït. Rupture de l'urèthre, 633; du vagin, 272.
Col de la matrice; dégénérescences fongueuses, 203 — de l'utérus; hypertrophies, 331; sulfure de carbone, 324, 524.
Colchique. Maladies de l'enfance, 505.
Coliques hépatiques. Hareng, 244. — Podophyllin, 409 — de plomb, 607.
Collapsus. Injections d'ammoniaque, 382. — Hémorrhagie, 205.
Collection (évacuation de la); hygroma, 172.
Colombie. Allaitement, 659.
Colonne vertébrale. Mouvements de flexion et d'inclinaison, 106, 135. — Luxation, 368.
Commandeur (le baume du), 591.
Compression. Hémorrhagie artérielle, 481. — Hémorrhagie de la main, 578. — Hydarthrose, 435.
Concours, 52, 107, 165, 192, 249, 388, 500, 659.
Condamnation du médicastre de la Benauge, 501.
Congestion. Electrisation localisée, 271.
Congrès des chirurgiens allemands, 364.
Conjonctivite granuleuse traitée par la galvanisation, 440.
Conquête (la) du Pôle Nord, 559.
Conservation de la poudre d'ergot de seigle, 412.
Considérations sur la Méthode d'Esmark, 434.
Constipation. Podophyllin, 295.

Contagion par le lait, 108 — du croup aux enterrements, 529.
Contraction spasmodique. Rupture de quelques faisceaux du jumeau interne droit, 266.
Coqueluche, 141, 412, 610, 617 — Acide phénique, 458 — Pétrole, 101 — Quinine, 74 — (Théorie de la), 77 — Ulcération diphthéroïde, 107.
CORNAZ. Alimentation des petits enfants, atteints de catarrhe intestinal, 36 — De l'ignipuncture, 89 — Les lambeaux périostiques dans les amputations, 572 — Polypes de l'utérus, 203 — Première nourriture des enfants, 231 — La quinine dans les maladies fébriles des enfants, 149 — Deux cas de taille par le haut appareil, 369. — Grenouillette, 649.
Corps étranger de l'œsophage, 215 — dans l'oreille, 411 — Organes génito-urinaires, 381 — dans le pharynx, 526 — dans le rectum, 16, 525 — dans la trachée, 497 — des voies aériennes, 360, 437.
Corset (le), 223.
Coryza fétide. Opération nouvelle, 439.
COTIN. Bibliographie, 101, 358.
Coton picrique, 16 — de verre, 120.
Coude (écrasement de la région du), 591.
Couches (suite des). Injections intra-utérines, 265.
Courage (le) médical, 391.
Courants continus. Affections saturnines, 604.
Cour d'assises et le docteur Berrut, 250.
COURTAUX. Rupture de quelques faisceaux du jumeau interne droit, 288,
Coxalgie. Appareil, 395.
Craie (Mixture de), 441.
Crâne. (Fracture du). Forceps, 494.
Crémation (la) devant le conseil municipal de Paris, 418 — Inhumation, hygiène, 523 — des morts, 559.
CRÉQUY. Quelques moyens pour arrêter les hémorrhagies, 118.
Criminels. (Force musculaire des), 472.
Croup. Contagion aux enterrements, 529. — Trachéotomie, 401.
Cuirasse (la), 223,
Cuisse. Attrition, 396. — Fracture, 592.
Cuivre. (Boucles d'oreilles en), 335. — Empoisonnement, 11, 276.
Cure-dents. Préservatif de la carie, 384.
Cyanose. Anesthésie, 617.
Cystite chronique. Traitement, 48, 86.
Cytisine. Empoisonnement, 325.

D

DAMOISEAU. Lit mécanique pour le traitement des fractures du fémur, 346, 368.
Débit (le) de la parole, 250.
DECHAMBRE. Dictionnaire des sciences médicales, 101, 358.
Découverte précieuse pour la thérapeutique, 410.
Déformation du bassin due au Pal de Pott, 105.
Dégénérescence fongueuse du col de la matrice, 263 — graisseuse du cœur, 86.
DELANNOIX. Croup; trachéotomie, 401.
DELASIAUVE. Nouvelle classification de la folie, 152.
DELEFOSSE. Extraction d'un bout de seringue en verre du canal de l'urèthre, 471.
Délire sous l'influence du traitement alcoolique, 176 — dans la pneumonie, 479.
Délivrance artificielle, 402, 431. — Avortement, 20.
Dentition. Sirop, 656.
Dépression de la paroi thoracique. Epanchement pleurétique, 393.
Dermatoses. Arséniate de fer naturel, 234, 293.
Désarticulation de la hanche, 611. — (Sur les divers procédés de la), 658.
Désinfection des chambres de malades. Poudre d'Ozone, 48.
DESPRÈS. Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, 657.
Détroncation (de la) dans les présentations transversales de l'enfant, 94.
Déviations de l'utérus, 29, 294, 517, 543.
Diabète. Glycérine, 273. — Médication diurétique, 440 — sucré et phlegmon, 31. — Traitement, 436.
Diachylon. Plaies des doigts, 464.
Diaphrame. Paralysie, 618.
Diarrhée, 356. — Oxyde de zinc, 296. — Sels de morphine en injections, 18, 522.
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 101, 358. — de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, 657.
DIDIER. Ablation de l'utérus et des deux ovaires, dans un cas de fibrôme utérin volumineux, 629, 650.
Diète lactée. Obésité des jeunes femmes avec aménorrhée; stérilité. 155.
Digitale. Alcoolisme, 477.
Dilatateur hydrostatique, du docteur Hamon, 12, 122.
Dilatation du canal de l'urèthre, 573 — forcée; prolapsus du rectum, 481. — Hémorrhoïdes, 314.
Direction municipale des nourrices, 474, 502, 583.
Dissections (les) à l'École pratique, 193.
Divulseur du docteur Moreau-Wolf, 594.
Doigts (plaies des). Diachylon, 464.
Doses fréquentes et doses continues, 17 — des médicaments, 161.
Douleurs ostéocopes. Calomel, 328 — des vésicatoires, des brûlures, du cauter actuel; moyen de les atténuer, 72, 75, 298.
Dragées Dominique, 92, 175, 234, 293, 345.
Drainage de l'œil, 326 — des plaies, 161, 297. — Séquestre, 647.
DUFRESSE DE CHASSAIGNE. Anévrisme du cœur, 273.
Durillons. Phlegmon de la main, 313 — plantaire, 609.
Dysménorrhée (de la), 574, 599.
Dyspepsie. Dragées Dominiques, 175 — flatulente, 581. — Hoquet, 646. — (manuel de), 615, 643.
Dyspnée. Traitement, 589.
Dystocie par angustie pelvienne, 39.

E

Eau de la Bourboule, 328 — chaude en injections; métrorrhagie, 20 — de Cologne comme anesthésique, 75 — froide et de laurier-cerise; ophthalmie, 214, 383 — minérale du Mont-Dore, 299 — de Royat; goutte et rhumatisme, 356.
Éclampsie; injections d'atropine, 655. — Puerpérale, 402, 431.
Ecole de garde-malades, 304, 415 — de pharmacie, 81 — de médecine; trouble, 641.
Ecoulements vaginaux. Solution contre, 22.
Ecrasement de la région du coude, 591.
Eczéma. (Glycérolé contre l'), 49.
Electuaire purgatif, 442.
Electrisation. Congestion et hémorrhagie, 271.
Elixir manganique, 133 — tonique amer, 75.
Embarras gastrique. Traitement, 86.
Embolie cérébrale. Traitement, 589.
Embryotome de M. Tarnier, 94.
Emplâtre de thapsia garganica, 101.
Emploi du fer en médecine, 540.
Empoisonnement. Acide sulfurique, 164 — Agaric bulbeux, 637 — par les champignons, 466 — par le chloral, 439 — par la cytisine, 325 — par le plomb, 213, — par le sulfate de cuivre, 11, 276.
Encéphalite. Traitement, 108.
Enfant brûlée. Assistance publique, 221 — Première nourriture, 230 — Taille par le haut appareil, 369 — Tœnia, 243.
Engelures. Pommade, 133.
Enseignement dans le Vénézuéla, 138 — de la médecine en Allemagne, 104.
Enterrement. Contagion du croup, 529.
Epanchement pleurétique. Traitement, 393.
Epidémies, 386.
Epididymite, 453.
Epilepsie, 301 — alcoolique, 477 — Flux cataménial, 618. — Injections d'atropine, 655.
Epithéliome du voile du palais, 629.
Epizootie chevaline en Egypte, 139.
Eponge (Histoire d'une), 151.— Atrésie du méat utérin, 355.
Epulis de la machoire, 599.
Ergot de seigle. Métrorrhagie, 632 — Polyurie, 326 — Sa conservation, 412.
Ergotine. Atonie de la vessie, 271 — Catarrhe utérin, 272 — Hémorrhagies utérines, 522 — (injections d'); varices, 132; leucémie, 159.
Erreur à éviter, 636.
Erysipèle. Silicate de soude, 635.
Escot. Eaux de la Bourboule, 328.
Esmarch. Appareil ischémique, 457.
Essence de térébenthine comme ténifuge, 327 — comme vermifuge, 345.
Estomac (Ulcère de l'), 309, 337, 365.
Ether (Injections d'). Hémorrhagies, 205; pelvi-péritonite, 606 — Hydropisies, 638 — (pulvérisation d'); coagulation du pus dans les abcès, 270.
Etiologie de la fièvre typhoïde, 556, 581 — des maladies virulentes, 443 — de la mort par le chloroforme, 158 — des rétroflexions utérines, 160.
Evacuation incomplète des urines, chez une hystérique, 61 — de la collection; hygroma, 172.
Eviscération (de l') dans les présentations transversales de l'enfant, 94.
Exemptions (les) du service militaire, 81.
Expectoration. Apomorphine, 100 — Potion, 22.
Exploration du fond de l'œil dans les maladies cérébrales, 281.
Expulsion de trois ascarides lombricoïdes par le méat urinaire, 521.
Extirpation des tumeurs. Insufflation d'air, 128.
Extraction de la cataracte, 302 — d'un bout de seringue de l'urèthre, 471.

F

Face (Emploi du rétroceps dans les présentations de la), 585 — Pustules de variole, 382 — (Tic de la), 466, 589.
Faculté de Médecine; cours, 587 — de Lille, 388 — de Nancy, 250 — de Paris, 81, 107, 305, 334; protestation, 613.
Faisseaux (rupture de quelques) du jumeau interne droit, 286.
Fécondation pendant une grossesse extra-utérine, 605.
Fécondités extraordinaires, 305.
Femmes (les) médecins, 53, 81.
Fémur (Fracture du), 427. — Lit mécanique, 346, 368.
Fer (Arséniate de); dermatose, 234, 293, 345; chlorose, dyspepsie, 175 — dialysé, 182. — Hôpitaux volants, 389 — (poudre de), 385 — son emploi en médecine, 540 — (du sesquibromure de); spermatorrhée, 76 — (sirop d'hypophosphite de), 134. — Vin, 531.
Ferrand (Ch.). Clinique chirurgicale, 31, 60, 86, 147, 171, 199, 225, 283, 312, 339, 366, 395, 422, 452, 480, 507, 570, 591, 620, 647. — Le thermo-cautère, 487.
Fibrome utérin. Ablation de l'utérus et des ovaires, 629, 650.
Fièvre herpétique, 340 — dans les opérations antiseptiques, 381 — puerpérale et septicémie, 212 — rhumatismale, 393 — tierce, 394 typhoïde, 62, 188, 219, 244, 276, 300, 332, 360, 385, 443, 449, 467, 527, 556, 581, 606.
Fissure à l'anus; pommade, 49.
Fistules. Phosphate de chaux, 174 — à l'anus, 60 — borgne, 648 — péri-osseuses de la région poplitée, 489.
Flagellation (la), 27.
Fleurs blanches. Pilules, 527.
Flexion (mouvement de) de la colonne vertébrale, 106, 135.
Flux cataménial. Hystéro-épilepsie, 618.
Fœtus (de la thermométrie utérine comme moyen de diagnostic de la vie du), 69.
Foie (Abcès du). Aspiration pneumatique, 214

— (Calculs du,; podophyllin, 409 (cirrhose du), 645 — de morue (Huile de), 209.
Folie, 152.
FONTAINE. Air comprimé, 579.
FONTAN. Hémorrhoïdes traitées par la dilatation forcée des sphincters de l'anus, 314.
FONTÈS. Antéversion de l'utérus, 294 — Des déviations utérines et des moyens d'y remédier, 517, 543.
Force musculaire des hommes sains, des aliénés et des criminels, 472.
Forceps nouveaux, 105 — (Fracture du crâne par application du), 494.
Fracture de l'articulation de la hanche, 465 — de la clavicule, 593 — du crâne, 494 - de la cuisse, 592 — du fémur, 427 ; lit mécanique, 346, 368 — des 2e, 3e et 4e métatarsiens, 453 — de la rotule, 206.
Formules 22, 48, 75, 101, 133, 218, 356, 385, 412, 441, 466, 498, 526, 552, 578, 610, 636, 656.
Fumée de tabac. Asphyxie, 523.
Funérailles médicales, 277.
Fusin (Cautère au), de M. Bouchut, 618.

G

GALLARD. Ulcère de l'estomac, 365.
GALLOIS N. Strophantine ; nouveau poison du cœur, 371.
Galvanisation. Conjonctivite granuleuse, 440.
Galvanocaustique thermique. Tumeurs de la bouche, 597, 626.
Garde-malades (École de), 304, 415.
Gastrotomie accidentelle, 440 — Étude chirurgicale, 7, 32. — Rupture de l'utérus, 551.
Gencives. Traitement, 127 — et lancette, 216.
Génito-urinaires. Corps étrangers, 381.
Genou. Hydarthrose, 548 — Tumeur fongueuse, 5.
GIBERT. Statistique médicale des Bureaux de Bienfaisance, 209, 246, 362, 417, 445, 491, 586, 640.
Glace dans le rectum. Narcose, 496 — Pelvipéritonite aiguë, 625.
Globules rouges contenus dans le sang, 132.
Glossite aiguë, 492.
Glycéré iodo-tannique contre la teigne tonsurante, 636.
Glycérolé contre l'eczéma, 49.
Glycosurie. Phlegmon diffus, 31.
Gonorrhée. Sonde rafraîchissante, 515, 535.
Goutte. Benzoate de lithine ferrugineux, 154. — Eaux de Royat, 356 — asthésique, 561 — et goutteux, 438 — sénile, 533 — (Prescription des) en thérapeutique, 380.
Gravelle. Benzoate de lithine ferrugineux, 154.
Grenouillette. Traitement, 465, 649.
GROS EM. Du phosphure de zinc, 429.
Grossesse (de la thermométrie utérine comme moyen de diagnostic de la), 69 — double avortement, 176 — extra-utérine; fécondation, 605.
Gueule de loup. Opération, 215.
Glycérine. Diabète, 273.

H

HAMON. Accouchement prématuré artificiel, 481 431 — Dystocie par angustie pelvienne, 39 — Essai pratique sur la traction mécanique obstétricale, 553 — Incitateur cervical hydrostatique, 12, 122 — Note sur la détroncation et sur l'éviscération dans les présentations transversales de l'enfant, à propos de l'embryotome de Tarnier, 94 — Rétroversion de l'utérus, 68 — Tamponnement de l'orifice cervical pour réprimer la métrorrhagie, 151.
Hanche (Articulation de la) ; fractures, 465 — (Désarticulation), 611.
HARDY. Strophantine (nouveau poison du cœur), 371 — Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur, 622.
Hareng. Coliques hépatiques, 244.
HECQUET. Du sesquibromure de fer contre la spermatorrhée, 76.
Hématurie. Traitement, 213.
Hémoptysie, 610. — Chloroforme, 22.
Hémorrhagie. Electrisation, 271. — Potion, 19 — artérielle ; cautérisation, 172; compression, 481 — causée par l'amygdalotomie; compression, 370 — colliquative; injections d'éther, 205 — des femmes en couche; bains chauds, 631 — de la main; compression, 578. — Moyens de les arrêter, 118 — occasionnée par une présentation du placenta, 247 — traumatique, 228 — utérine ; injections d'ergotine, 522 — vulvaire chez les nouveau-nés, 161.
Hémorrhoïdes. Chirurgiens ambulants, 73. — Dilatation des sphincters de l'anus, 314 — Podophyllin, 295 — Thermo-cautère, 464.
Hernie étranglée, 158. — Opération, 19, 327 — inguinale d'un volume monstrueux, 362.
Hippophagie, 139.
Hommes (les) gras en Amérique, 642.
Homœopathie (l') en France, 25.
Hôpitaux, 107, 334, 501 — de Levallois-Perret, 529 — de Ménilmontant, 166 — Micrococcus et bactéries, 131. — Suppression du Bureau central d'admission, 303 — volants en fer et briques, 389.
Hoquet. Dyspepsie acide, 646.
Hôtel-Dieu, 221, 249, 445, 531, 586, 612.
Huile de foie de morue, 209.
Humérus. Abcès péri-osseux, 366. — Ecrasement du coude, 591. — Luxation, 157.
Hydarthrose. Compression, 435 — du genou, 548.
Hydrate de chloral. Catarrhe de l'oreille, 243.
Hydrocèle. Injections d'alcool, 482, 510.
Hydropisie. Ether sulfurique, 638 — de l'amnios, 401, 431.
Hydrorganies, 401, 431.
Hydrostatique. Incitateur cervical du Dr Hamon, 12, 122.
Hygiène des boissons alcooliques, 582 — des enfants, 79 — Inhumation, crémation, 523, 583 — des nourrissons, 274 — (Société d') 305, 617

— (Traité d'), 162 — Vin de Saint-Raphaël, 317.
Hygiopolis, 501.
Hygroma. Evacuation de la collection, 172.
Hymen. Imperforation, 461.
Hyperesthésie vulvaire, 332.
Hypermétropie, 550.
Hyperthermie. Pneumonie, 411, 451.
Hypertrophie du cœur, 86 — du col de l'utérus, 331 — splénique; injection d'ergotine, 159.
Hypophosphite de fer, 134.
Hystérie. Pilules, 498 — Troubles abdominaux causés par l'évacuation incomplète des urines, 61.
Hystéro-épilepsie. Flux cataménial, 618.

Ictère des nouveau-nés, 617.
Ignipuncture (de l'), 89.
Imperforation de l'hymen, 461.
Impuissance. Tabac, 47.
Inanition. Globules rouges dans le sang, 132.
Incision des tumeurs phlegmoneuses, 339.
Incitateur cervical hydrostatique du docteur Hamon, 12, 122.
Inclinaison (Mouvement d') de la colonne vertébrale, 106, 135.
Incontinence d'urine. Pilules, 636.
Induration du tissus cellulaire. Savon iodurosodo-sulfureux, 214.
Industrie. Application du téléphone, 557.
Infection purulente. Symptômes, 176.
Infiltration des membres pelviens, 199.
Inflammation péri-utérines, 169, 197 — profonde des os; trépanation, 242.
Influence du climat sur la marche des traumatismes, 274.
Inhumation, crémation, hygiène, 523 — (service des), 52.
Injections d'acide phénique; névralgie, 356; phthisie, 74—d'alcool pur, 656; hydrocèle et kystes séreux, 482, 510—d'ammoniaque en cas de colapsus, 382. — astringente, 478 — d'atropine, 354; éclampsie, épilepsie, 655 — de bromhydrate de quinine, 159 — du Capitaine; blennorrhagie, 185— de chlorhydromorphine; œsophagisme, 462 — eau chaude; d'extrait aqueux d'ergot; métrorrhagie, 20, 632 — d'ergotine; taonie de la vessie, 271; hémorrhagies utérines, 522; leucémie, 159; varices, 132, 385 — d'éther; hémorrhagie, 205; pelvi-péritonite, 606 — d'iodure de potassium; adénite syphilitique, 47, 215 — de morphine, 354; avortement, 497; diarrhée, 522 — de sang défibriné; cachexie, 610 — de seigle ergoté; fièvre typhoïde, 449 — de sels de morphine; diarrhée, 18 — intra-utérines, 263 — intra-vésicales, 355, 398, 425 — sous-cutanées en tant qu'analgésiques, 650.
Insomnie nerveuse (mixture contre l'), 48.
Institut de France, 108.
Insuffisance aortique et lésion de la valvule mitrale, 478 — mitrale, 393, 401, 421, 431.
Insufflation. O clusion intestinale, 211 — d'air; tumeurs, 128.
Intestins (Prolapsus des), 133.
Inversion utérine, 460.
Iode. Excrétion par les seins, 497 — Ophthalmie purulente, 383.
Iodoforme (Pommade d'). Orchite blennorrhagique, 496.
Iodure de potassium. Affection saturnine, 450 — Adénite syphilitique, 47, 215 — Asthme et bronchite, 158.
Isolement. Maladies contagieuses, 275.

J

Jambes. Attrition, 396 — (Ulcères aux). Traitement, 147.
JARDIN Blennorrhagie et blennorrhée traitées par les bougies médicamenteuses, 232.
Jardin d'acclimatation (le), 501.
Joue. Tumeur fibreuse, 598.
Jumeau interne droit. Rupture de quelques faisceaux, 286.

K

KOCHER. Luxation de l'humérus, 157.
KUECHLER (H.). Périnéorrhaphie, 44.
Kyste albumineux enflammé, 397. — Injections d'alcool pur, 482, 510 — de la paume de la main, 633.

L

Lait. Contagion, 108 — de femme en Chine, 613.
Lambeaux (les) périoistques dans les amputations, 572.
Lancette et gencives, 216.
Langue. Papille hypertrophiée, 626 — (Psoriasis de la), 97.
Laryngite striduleuse, 578.
Larynx (Aiguille dans le), 241 — enlevé, 156 — (Paralysie du voile du), 618.
Laurier-cerise (Eau distillée de). Ophthalmie, 383.
Lavements de la vessie, 398, 425.
Lésions cérébrales. Trépanation, 220.
Leucémie. Injections d'ergotine, 159.
Lèvre. Angiôme, papillôme, 597.
Ligature de l'arcade palmaire, 164.
LIMOUSIN. Coton de verre, 120.
Liniment anti-névralgique, 636 — anti-rhumatismal, 76.
Liquides de la cavité péritonéale, 24.
Lit mécanique pour le traitement des fractures du fémur, 346, 368 — de misère, 629.
Lithine (Benzoate de). Goutte, 154.
Lithotritie, 257.
Livre noir (le), 193.
Localisations cérébrales, 611.
Lombric. Traitement pour l'expulser, 465.
Longévité, 250.
Loup (Gueule de). Opération, 215.
Luette (Amputation de la), 628 — (Prolongement de la), 627 — (Tumeur de la), 628.
Lunettes (les) dans l'armée, 389 — et la vue faible, 549.
Lupuline. Pilules, 133.

Luxation de la colonne vertébrale, 368 — de l'humérus, 157.

M

Machine (une) parlante, 26.
Mâchoire. Epulis, 598.
MAILLIER. Essence de térébenthine comme vermifuge, 345.
Main (Hémorrhagie de la); compression, 313 — (Kyste de la paume de la), 633 — (Muscles de la); paralysie, 85 — (Phlegmon de la), 313.
Maïs, 500.
Maladies cérébrales; exploration du fond de l'œil, 281 — chronique, vin de Saint-Raphaël, 262 — contagieuses; isolement, 275 — cutanées; pathogénie, 639 — de l'enfance; scille et colchique, 505 — fébriles; quinine, 149 — des gencives, 127 — de la prostate, 299 — des Scythes, 441 — de l'utérus, 329 — vénérienne; chloral hydraté, 383 — virulentes; étiologie, 443.
Mal de Pott. Déformation du bassin, 105.
Mamelle. Tumeurs, 312.
Mammite post-puerpérale généralisée, 32.
MARCELLIN. Effets hypnotiques du chloral, 234 — Le quinquina et le sulfate de quinine, 201.
Martyr de la science, 446.
Matrice (Col de la). Dégénérescences fongueuses, 203.
Maxillaire supérieur. Ablation, 384 — Tumeur à myélophaxes, 622.
Méat urinaire (Expulsion de trois ascarides lombricoïdes par le), 521.
Méat utérin (Atrésie du). Eponge préparée, 355.
Médecine (la) chez les Japonais, 326 — indoue; découverte du vaccin, 353.
Médicaments absorbés par la muqueuse vaginale, 635.
Médication diurétique. Diabète sucré, 440 — topique de quelques affections utérines, 218.
Membres pelviens (Infiltration des), 199.
Menstruation (Retour de la). Ovariotomie, 496 — Rétention, 634.
Mer (Voyage en). Phthisie pulmonaire, 216.
Métacarpien (Carie du deuxième), 191.
Métatarsiens. (Fracture des 2e, 3e et 4e, 453).
Méthode de Brandt, 451; fièvre typhoïde, 62 — d'Esmark (considérations), 434 — hypodermique et le lactate de quinine, 451, 477 — stibio-dermique, 527.
Métrite. Traitement, 264.
Métrorrhagie. Injections d'eau chaude, 20; injection d'extrait aqueux d'ergot, 632 — Tamponnement de l'orifice cervical, 151.
Miasme paludéen, 159.
Micrococcus et bactéries sur les murs des salles d'hôpitaux, 131.
Migraine. Traitement, 160.
MITON DE FRANCO. Traitement des fractures de la rotule, 206.
Mixture contre l'insomnie nerveuse, 48 — de craie, 441 — rubéfiante, 656.
Moignons coniques, 621.
Molaire tombée dans la trachée, 216.
MOREAU-WOLF. Nouveau brise pierre perforateur, 257 — (Nouveau divulseur du docteur), 594.
Morgue (La médecine légale à la), 324, 447.
MORET. Hémorrhagie artérielle, 172.
Morphine. (Injections de); avortement, 497; diarrhée, 522; œsophagisme, 462; — Injection sous-cutanée, 354 — Névralgie sciatique, 635 — (Sels de) Diarrhée rebelle, 18.
Mortalité des enfants à Berlin, 472 — moyenne des grandes villes, 641.
Mouches. Moyen de s'en débarrasser, 446.
Mouvements de flexion et d'inclinaison de la colonne vertébrale, 106, 135.
Muqueuse intra-utérine. (Végétations de la), 609, — vaginale; absorption des médicaments, 635.
Musc (Teinture de), 49 — Coqueluche, 144.
Muscles de la main. Paralysie, 85.
Myéloplaxes. Tumeur du maxillaire supérieur, 622.
Myocardite. Traitement, 113.
Myopie, 550.

N

Narcose. Chloroforme, 215. — Glace dans le rectum, 496.
Naso-pharyngiens. Polypes, 225, 283.
NELSON-PAUTIER. Du phosphate de chaux, 207.
Nerf optique tuméfié, 100 — radial; paralysie, 85.
Névromes (des), 507, 621.
Névralgies. Injections d'acide phénique, 356 — liées à l'aglobulie, 394 — de la cinquième paire; aconitine, 411 — Liniment, 636 — Pilules, 49, 553 — des moignons, 621 — sciatique; morphine, 635.
Névropathie urétrale, 298.
Nævus maternus. Vaccination, 187.
NOLÉ. Empoisonnement par le sulfate de cuivre, 11.
Nourrices (suppression de la direction municipale des), 474, 502, 583.
Nourriture (la chair des animaux malades est-elle propre à la), 497 — des enfants, 230.
Nouveau-nés. Alimentation, 36. — Hémorrhagie vulvaire, 161. — Hernie étranglée, 19 — (hygiène des), 274. — Ictère, 617. — Ophthalmie, 383 — (poids des), 130. — Température axillaire, 242.
Nubien (les), Amrans, 473.

O

Obésité des jeunes femmes et aménorrhée, 155.
Obstruction de l'oreille, 188.
Occlusion intestinale; insufflation, 211.
Œil (drainage de l'), 326. — (Exploration de) dans les maladies cérébrales, 281.
Œsophage (corps étrangers de l'), 215 — (rétrécissement de l'), 561 — (traumatisme de l'); pleurésie, 340.
Œsophagisme. Injection de chlorhydro-morphine, 462.

Onanisme. Traitement, 19.
Opération antiseptique; fièvre, 381 — césarienne, 161 — (gravité des), 274. — Hernie étranglée, 327.
Ophthalmie. Eau froide, 214. — Iode et eau distillée de laurier-cerise, 383.
Opiat, 656.
Opium (tolérance pour l'), 608.
Oppression (pilules contre l'), 553.
Orbite (tumeur de l'). Ponction aspiratrice, 341.
Orchite blennorrhagique; pommade diodoforme, 496 — uréthrale, 31.
Oreille. Catarrhe; hydrate de chloral, 243. — Corps étrangers, 411 — (obstruction de l'), 188.
Orifice cervical (tamponnement de l'); métrorrhagie, 151.
Os (inflammation des). Trépanation, 242.
Ouïe recouvrée par l'opération de la cataracte, 186.
Ouverture des abcès, 288.
Ovaire. Ablation dans un cas de fibrôme utérin volumineux, 629, 650. — Kyste, 452.
Ovariotomie. Retour de la menstruation, 496.
Oxyde de zinc. Coqueluche, 143. — Diarrhée, 296.
Ozone (poudre d') pour la désinfection des chambres des malades, 48.

P

Palais. Epithéliome, 629. — Paralysie, 619 — fendu; opération, 215.
Panaris du pouce, 339.
Pansements ouaté, 219 — des plaies d'amputation, 240.
Papier. Ce qu'on peut en faire, 529.
Papille hypertrophiée de la langue, 626.
Papillôme de la langue, 627 — de la lèvre, 597.
Paralysie générale, 23 — infantile; pied-bot, 477 — des muscles de la main, 85 — du voile du palais, du larynx et du diaphrame, 618.
Parole (le débit de la), 250.
Pastiles tœnifuges, 441, 526.
Patente médicale, 140, 167.
PÉAN. Ablation de l'utérus et des deux ovaires dans un cas de fibrôme volumineux, 629, 650.
Peau de chevreau, 223.
PELLARIN. Vaccinations et revaccinations, 469.
Pelvi-péritonite. Glace, 625. — Vomissements, 606.
Péricardite. Traitement, 113.
Périnéorrhaphie. Double suture, 44.
Périostite phlegmoneuse, 395.
Péritoine (Liquides dans le), 24.
Péritonite. Traitement, 263, 606, 625.
Péri-utérines. Inflammation, 169, 197.
Pessaire (A propos du), 132.
PETIT. Eaux de Royat, 356.
Pétrole. Coqueluche, 101.
Phalange du pouce. Carie, 171.
Pharynx (Corps étranger dans le). Ablation, 526.
Phénomènes cérébraux, 85.
Phlegmon en rapport avec le diabète, 31 — de la main, causé par des durillons, 313.
Phosphate de chaux, 459. — Caries osseuses; abcès ossifluents et fistules, 174, 207.
Phosphure de zinc, 429.
Photophobie, 214.
Phthisie. Hygiène publique, 554 — laryngée, 579. — Injections d'acide phénique, 74 — sa non-inoculabilité, 300. — Voyage en mer, 216.
Phymosis. Traitement, 212.
Physiologie. Cas très-rare, 195.
PICARD. Traitement de la prostatite, 288.
PICART. Clinique médicale, 85, 113, 253, 393, 421, 449, 477, 533, 561, 589, 617, 645.
Pied-bot. Inutilité de la ténotomie, 477.
Pierres dures ou volumineuses, 257.
Pile Planté. Cautérisation, 172.
Pilules aloétiques martiales, 498 — anti-asthmatique, 76 — anti-histériques, 498 — anti-névralgique, 49, 553 — contre les fleurs blanches, 527 — de lupuline, 133 — contre l'oppression, 553. — Incontinence d'urine, 636.
Placenta. Hémorrhagie, 247.
Plaies de l'abdomen, 133 — d'amputation; pansement, 240 — des doigts; diachylon, 464. — Drainage, 161, 297 — fraîches; transplantation cutanée, 412 — (Mode de réunion des grandes), 331.
Pleurésie. Traumatisme de l'œsophage, 340.
Plomb. Empoisonnement, 213.
Pluie (Arbre à), 557.
Pneumonie. 450 — le Délire, 479.
Podophyllin. Constipation et hémorrhoïdes, 295 — Colique hépatique et calculs du foie, 409.
Poids des nouveau-nés, 130.
Poison (Nouveau) du cœur, 371.
Pôle-Nord. (Conquête du), 559. — (Voyage au), 82.
Pollutions. Sonde rafraîchissante, 515, 535.
Polygraphe, 113.
Polypes — naso-pharyngiens, 225, 283 — de l'utérus, 203.
Polyurie. Ergot de seigle, 326.
Pommade anti-septique, 356 — d'iodoforme; orchite blennorrhagique, 496 — contre les engelures, 133 — contre la fissure de l'anus, 49.
Ponction aspiratrice. Tumeur de l'orbite, 341.
POOLEY. Etude sur la gastrotomie, 7, 32.
Population de la terre, 53 — de Paris, 165 — de la Suède, 445.
Potion cyanique. Rhumatisme, 579.
Pouce. Carie de la 1re phalange, 171 — Panaris, 339.
Potion anti-hémorrhagique, 49 — expectorante, 22 — laxative, 466 — pectorale, 134.
Poudre anti-spasmodique, 466 — Catarrhe nasal, 22 — d'ergot de seigle; sa conservation, 412 — ferrugineuse, 385 — médicinale explosible, 418 — d'ozone, 48 — Pustules de variole, 382 — Rhumatisme du cerveau, 23
Pouls tâté par voie télégraphique, 53.
Presbytie, 550.

Préparations salycilées; ses dangers, 656.
Prescription en Allemagne, 530 — des gouttes en thérapeutique, 380.
Principes immédiats médicamenteux et leur dosage, 161.
Prolapsus des intestins, 133 — du rectum, 481 — Rétroversion, 404 — utérin, 183.
Propriété des transplantations de Reverdin, 187.
Prostate (Maladie de la), 299.
Prostatite. Traitement, 288.
Protestation de la Faculté de médecine, 613.
Protoxyde d'azote. Anesthésie, 437.
Prurit de la vulve. Traitement, 22.
Psoriasis de la langue, 97.
Psychrophore. Gonorrhée, pollutions, spermatorrhée, 515, 535.
Pulvérisations d'éther. Coagulation du pus dans les abcès, 270.
Purgations. Globules rouges dans le sang, 132.
Pus Coagulation du) dans les abcès, 270.
Pustules de variole. Poudre pour les prévenir, 382.

Q

Quinine (Bromhydrate de), 159 — Coqueluche, 74 — (le Lactate de) et la méthode hypodermique, 451 — Maladies fébriles des enfants, 149 — (Sulfate de), 201, 363.
Quinquina (le), 201 — et le vin de Saint-Raphaël, 153.

R

Race (Influence de la) sur la marche des traumatismes, 274.
Rachis (Mouvement de flexion et d'inclinaison latérale du), 106, 135.
Rage, 636 — Un cas chez une sœur garde-malade, 613.
Raifort iodé (Sirop de), 413.
Récompense honorifique, 444.
Rectum. Carcinome, 590 — Corps étranger, 525 — (Glace dans le); narcose, 496 — Prolapsus, 481.
REGNARD, J. Des effets physiologiques et thérapeutiques du phosphate de chaux, 459.
Région malaire. Tumeur graisseuse, 200 — poplitée; fistules péri-osseuses, 480.
Rein (Affections brightiques du), 378.
RENOUX. Clinique médicale, 141, 281, 309, 337, 505.
Réorganisation de la médecine en Algérie, 530.
Réservoir urinaire (Evacuation incomplète du) chez une hystérique, 61.
Résolution des bubons vénériens; brique chaude, 268.
Respiration arrêtée par une molaire tombée dans la trachée, 216.
Rétention des menstrues, 634 — d'urine; aspiration, 577.
Rétrécissement du canal de l'urèthre, 191 — de l'œsophage, 561.
Rétroceps. Dessin, 432 — Son emploi dans les présentations de la face, 585.
Rétroflexions utérines. Traitement, 161, 461.
Rétroversion ancienne avec léger prolapsus, 404 — de l'utérus, 236, 318, 348, 374, 547, 653.
Revaccination chez les militaires, 335.
Révélateur (le) de l'anesthésie, 99.
REYNAL. Bougies médicamenteuses, 289.
Rhumatisme articulaire, 393, 591, 610; acide salicylique, 355; salicylate de soude, 451, 478 — du cerveau, 23 — Eaux de Royat, 356 — Liniment, 76 — polyarthritique blennorrhagique, 589 — polyarticulaire, 113 — Pommade, 22 — Potion cyanique, 579.
Rhume articulaire. Acide salicylique, 602.
Rince-bouche préservatif de la carie, 384.
RIOLS (de). Caries osseuses; abcès ossifluents et fistules guéris par le phosphate de chaux, 174.
Rectum (Corps étranger dans le), 16.
Résection. Tumeur fongueuse du genou, 5.
Rétroversion de l'utérus gravide, 57, 68.
Rotule (Fracture de la), 206.
Rupture de l'aorte, 133 — de quelques faisceaux du jumeau interne droit, 286 — de l'urèthre pendant le coït, 633 — de l'utérus, 551 — du vagin pendant le coït, 272.

S

Saignée. Insuffisance mitrale, 421.
Saint-Raphaël (Vin de), 153, 208, 262, 317.
Salicylate de quinine, 451.
Salicylate de soude, 48 — Affections saturnines, 450 — Son action physiologique, 528 — *Rhumatisme,* 451, 478.
Sang défibriné en injections; cachexie, 610 — (Globules rouges dans le); purgations et inanition, 132 — Transfusion, 352, 463.
Saturnines. (Affections). Courants continus, 604.
Satyriasis. Traitement, 129.
Savon ioduro-sodo-sulfureux. Induration du tissu cellulaire, 214.
Scille (Action de la), 65. — Maladies de l'enfance, 505.
Sclérose. Traitement, 85.
Scorbut et jus de citron, 82, 110.
Scrofule. Abcès et fistules, 174.
Scythes (Maladie des), 441.
Secours aux blessés sur le champ de bataille, 228, 260, 290.
Section de trois tendons d'Achille, 397.
Seigle (Ergot de). Polyurie, 326.
Seigle ergoté (Injection de la solution aqueuse de); fièvre typhoïde, 449.
Seins. Excrétion d'iode et de brome, 497. — Cancer, 520.
Sels d'arséniate de fer; aliénation, 345 — de morphine; diarrhée, 18 — de Sedlitz, 25 — de source Kranhenheil; savon concentré, 214.
Septicémie et fièvre puerpérale, 212, 414.
Séquestre logé entre les deux tables de l'apophyse du maxillaire inférieur, 647.
Seringue dans le canal de l'uréthre, 471.
Service des inhumations, 52 — médical de nuit, 52, 306, 334, 445 — militaire; exemptions, 81 — de santé en Turquie, 305.

Sesquibromure (du) de fer contre la spermatorrhée, 76.
Silicate de soude. Erysipèle, 635 — de potasse; appareils. 187.
SIMPSON (la statue de), 389.
Sirop apéritif, 76 — de chlorhydro-phosphate de chaux, 383 — de codéine; névralgie, 394 — dépuratif et anti-rachitique, 527 — d'hypophosphite de fer, 134 — pectoral, 101 — de raifort iodé, 413 — pour dentition, 656.
SMITH. De l'amylnitrit, 10. — Action de la scille, 65. — Catarrhe de la vessie, 454. — La sonde rafraîchissante contre les pollutions, la spermathorrhée et la gonorrhée, 515, 535.
Société des médecins des bureaux de bienfaisance, 53, 136, 191, 245, 302, 362, 415, 468, 583, 638.
Société d'autopsie mutuelle, 139 — française d'hygiène, 305, 613 — de tempérance, 24, 221.
Solidification des appareils au silicate de potasse, 187, 523.
Solution contre les écoulements vaginaux, 22.
Sommeil (du), 244.
Sonde à demeure; divulseur Moreau-Wolf, 594 — rafraîchissante; gonorrhée, pollutions, spermatorrhée, 515, 535.
Soude (Bicarbonate de); brûlure, 552 — (Salicytate de), 48 — (Silicate de); érysipèle, 635.
Spermatorrhée. Sesquibromure de fer, 76. — Sonde rafraîchissante, 515, 535.
Sphincters de l'anus (Dilatation forcée des); hémorrhoïdes, 314.
Sphygmographe, 113.
Stations hospitalières (Projet de création de), 194.
Statistique, 109, 278, 473 — médicale des Bureaux de Bienfaisance, 209, 246, 362, 417, 445, 491, 586, 640.
Statue (la) de Simpson, 389.
Stérilité. Diète lactée, 155.
Strophantine. Nouveau poison du cœur, 371.
Strychnine (la), 21. — Amaurose causée par le tabac, 243. — Cause d'erreur à éviter, 636.
Sueur phosphorescente, 335.
Suicide. Statistique, 278.
Sulfure de cuivre; empoisonnement, 11, 227 — de quinine, 201, 363.
Sulfure de carbone. Ulcérations de la vulve et du col de l'utérus, 324, 524.
Suppression du Bureau central d'admission dans les hôpitaux, 303 — de la Direction municipale des nourrices, 474, 502, 583.
Surprise (une) d'amphithéâtre, 422.
Synovite fongueuse péri-malléolaire, 395.
Syphilis pulmonaire, 611 — transmis par le tatouage, 243.

T

Tabac (Amaurose causée par le); strychnine, 243 — et frigidité, 47 — (Fumée de); asphyxie, 523.
Taille (Deux cas de) par le haut appareil, 369.
Tamponnement de l'orifice cervical. Métrorrhagie, 151.
TARNIER. Embryotome, 94.
Tarse (Carie du). Cautérisation ignée, 481.
Tatouage. Transmission de la syphilis, 243.
Teigne tonsurante. Glycéré iodo-tannique, 636.
Teinture de musc, 49.
Tempérance (Société de), 24, 221.
Téléphone (le) en Angleterre, 446 — (Application du) à l'industrie, 557.
Température axillaire rectale chez les nouveau-nés, 242 — du sang transfusé, 352.
Ténifuge. Essence de térébenthine, 327.
Tendons d'Achille (Section de trois), 397.
Ténotomie. Curation du pied-bot, 477.
Térébenthine (Essence de) comme ténifuge, 327, — comme vermifuge, 345.
Terre (Population de la), 53.
TERSON. Tumeur de l'orbite, guérie par une ponction aspiratrice, 341.
Tétanos. Traitement, 634.
Thapsia garganica (Emplâtre de), 101.
Thérapeutique (la) jugée par les chiffres, 186 — oculaire; strychnine, 21 — (Précieuse découverte pour la), 410.
Thermo-cautère, 487. — Abcès péri-osseux de l'utérus, 366. — Hémorrhoïdes, 464. — Synovite fongueuse, péri-malléolaire, 395. — Trachéotomie, 401. — Tumeur pré-lacrymale, 397. — Fistule borgne, 648.
Thermométrie utérine (de la) comme moyen de diagnostic de la grossesse et de la vie du fœtus, 69.
Thermo-trachéotomie, 655.
Thoracentèse, 75, 550.
Thromboses des veines iliaques, 590.
Tic de la face, 446, 589.
TILLAUX. Traité d'anatomie topographique, 188, 330.
Tisane d'artichaut, 101.
Tissu (du) osseux dans les amputations, 572.
Tænia (du). Enfant à la mamelle, 243 — à Paris et à Reims, 157 — Pastilles, 441 — en Syrie, 555.
Tolérance pour l'opium, 608.
Trachée. Corps étranger, 497 — (Molaire tombée dans la), 216.
Trachéotomie, 333, 552, 655; opération en un seul temps, 424 — Croup, 401.
Traction obstétricale (Essai sur la), 553 — (Nouveau mode de), 438.
Transfusion du sang, 352 — du sang d'agneau, 463.
Transplantation cutanée sur une plaie fraîche, 412 — de Reverdin; ses propriétés, 187.
Traumatismes. Influence du climat et de la race, 274 — de l'œsophage; pleurésie, 340.
TRÉHYOU. Traitement de la goutte et de la gravelle par le Benzoate de lithine ferrugineux, 154.
Trépanation. Abcès du cerveau, 129 — Inflammation profonde des os, 242 — Lésions cérébrales, 220.
Trochanter (Carie du grand), 509.
Trichinose (la), 279, 307.

Troubles abdominaux produits par l'évacuation incomplète des urines, 61.
TROUSSEAU. Traité de thérapeutique et de matière médicale, 134.
Tube à drainage. Hygroma, 172.
Tuberculeux (Fistule à l'anus chez les), 60.
Tumeur. Insufflation d'air, 128 — de la bouche, 597, 626 — cérébrale, 590 — du genou, 5 — graisseuse de la région malaire, 200 — de la luette, 628 — de la joue, 597 — de la mamelle, 312 — du maxillaire supérieur, 622 — de l'orbite; ponction aspiratrice, 341 — ovarienne, 452 — phlegmoneuse; incision, 339 — prélacrimale, 397.
Tunnel (un) sous le détroit de Gibraltar, 446, 613.
Typhon (un) dans l'Inde, 25.
Typhus (le) à Varsovie, 81.

U

Ulcération diphthéroïde. Coqueluche, 167 — de la vulve; sulfure de carbone, 324, 524.
Ulcères de l'estomac, 309, 337, 365 — aux jambes, 147.
Universités allemandes. Ce qu'elles coûtent, 642.
Urèthre (Canal de l'). Rétrécissement, 191 — Dilatation, 573 — Extraction d'un bout de seringue, 471 — (Injections intra-vésicales directes par le), 398, 425 — Névropathie, 298 — (Orchite de l'), 31 — (Rupture de l') pendant le coït, 633.
Urine (les alcaloïdes dans l'), 73 — (Aspiration dans la rétention d'), 577 — Dilatation du canal de l'urèthre, 573 — purulente, 565 — Incontinence; pilules, 636.
Urticaire et embarras gastrique, 86.
Utérus (Ablation de l'), fibrome utérin volumineux, 629, 650. — Affections, 218. — Antéversion, 294 — Cancer, 272. — (Catarrhe de l'); ergotine, 272 — (Col de l'); sulfure de carbonne, 324 — (Déviation de l'), 29, 294, 517, 543. — (Hypertrophie du col de l'), 331. — Inflammation des annexes, 169 — Injections, 263, 265 — Inversion et rétroflexion, 160, 461 — (Maladies chroniques de l'). 329 — (Polypes de l'), 203 — (Prolapsus de l'), 183, 197 — Rétroversion de l'), 57, 68, 236, 318, 348, 374, 653. — (Rupture de l'), 551 — (Ulcération du col de l'), 524,

V

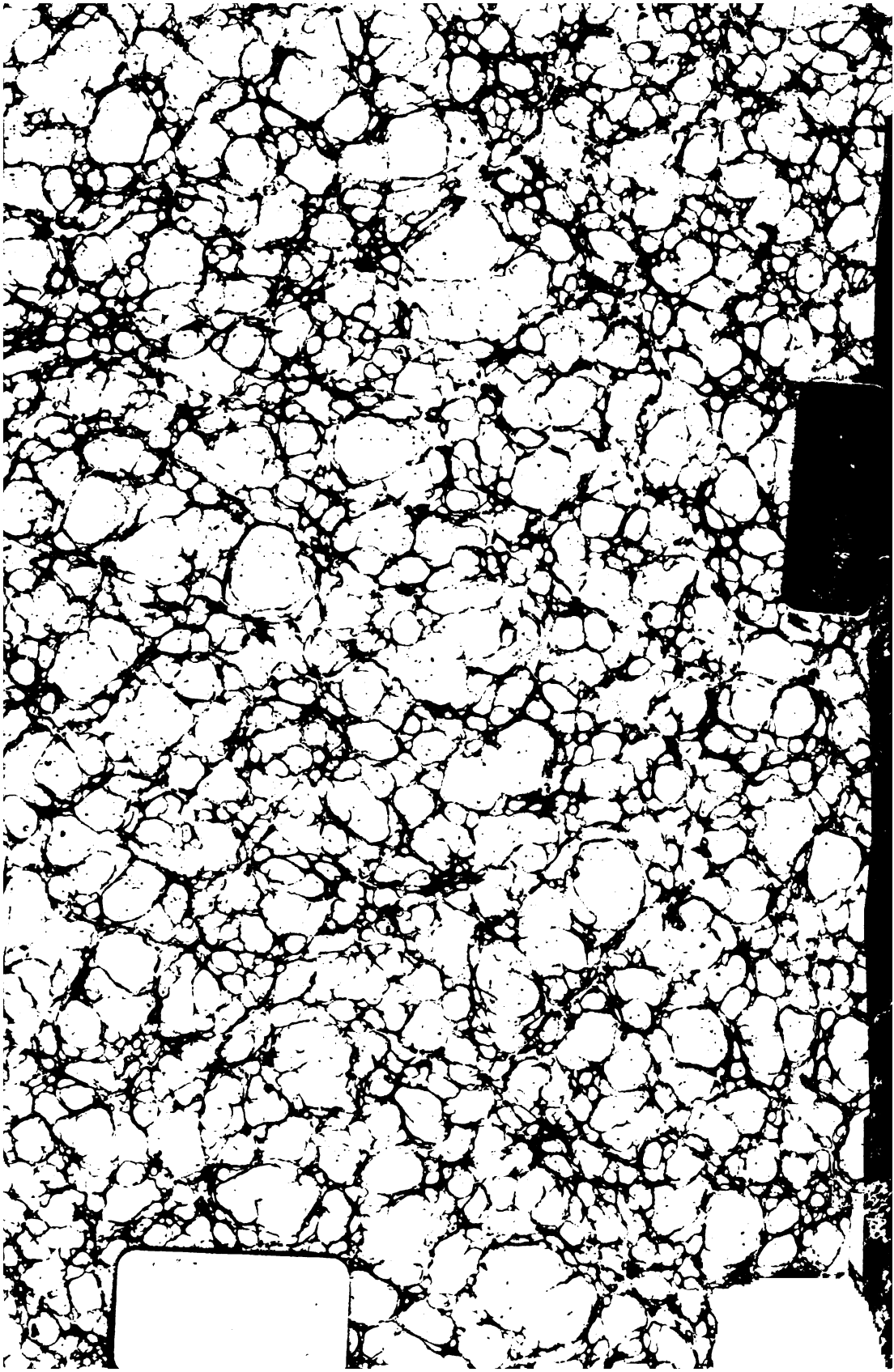
Vaccin. Médecine indoue, 353 — en Amérique, 390 — Où le prendre, 613.
Vaccination, 468 — (Danger de la non), 418 — Nævus maternus, 187.
Vagin (Absence du), 465. — Atrésie, 464, 634 — (Rupture du) pendant le coït, 272. — Solution contre les écoulements, 22.
Vaginisme. Traitement, 3, 332.
Valérianate d'atropine; chorée, 267.
Valvule mitrale et insuffisance aortique, 478.
Varicelle. Traitement, 253.
Varices. Injections d'ergotine, 132, 385.
Varicocèle. Traitement, 551.
Variétés. Certificats des médecins et le timbre, 54. — Conquête du pôle nord, 559. — Courage médical, 391. — Le corset, la cuirasse et la peau de chevreau, 223. — Cas de physiologie très-rare, 195. — Crémation des morts, 559. — De la décadence de l'art de formuler, 412. — La flagellation, 27. — Manuel des dyspepsies, 615, 643. — Le nouvel Hôtel-Dieu, 531. — La patente médicale, 140, 167. — La trichynose, 279, 307. — Sur la suppression et la direction municipale des nourrices, 475, 502. — La variole et les voitures de place, 251. — Voyage au pôle nord, 82, 110.
Variole (la) à Londres, 25. — Moyen de la faire disparaître du globe, 253. — Moyen de prévenir les cicatrices, 445. — Poudre pour prévenir les pustules, 382 — et les voitures de place, 251.
Varioloïde. Traitement, 253.
Végétations de la muqueuse intra-utérine, 609.
Veines iliaques. Thromboses, 590.
VERDREAU. Hémorrhagies colliquatives; injections sous-cutanées d'éther, 205.
Vermifuge. Essences de térébenthine, 345.
Verre (Coton de), 129.
VERRIER. Accouchement prématuré artificiel. 246. — Grossesse double, 176.
Vertèbre lombaire (carie de la 3e), 199.
Vertige par anémie cérébrale, 393. — Goutteux et goutte sénile, 533.
Vésicatoire. Moyen d'en atténuer la douleur, 72.
Vessie (Atonie de la), 271 — (catarrhe de la), 454 — (lavements de la), 398, 425.
Viande à bon marché, 193.
VIGIER (P.). Coton picrique, 15.
Vins et bière dans le monde, 82 — et fer, 531 — fuchsinés, 26, 389. — Moyen de le faire vieillir, 473 — de Saint-Raphaël et de quinquina, 153, 208, 262, 317.
Visite (la) sanitaire à Vienne, 530.
Voies aériennes. Corps étrangers, 361, 437.
Voitures de place et la variole, 251.
Vomissements. Pelvi-péritonite, 606.
Voyage en mer; phthisie pulmonaire, 216 — au Pôle-Nord, 82, 110.
Vue faible (la) et les lunettes, 549.
Vulve. Hémorrhagie, 161 — (prurit de la), 22. — Ulcération; sulfure de carbone, 324, 524.

Y

Yeux (les) diplomatiques, 501.

Z

Zinc (oxyde de). Diarrhée, 296. — Coqueluche. 143 — (phosphure de), 429.
Zona. Diagnostic, 421.

FIN DE LA TABLE.

41C
8107